

Mail : shukaku@airinkai.or.jp / FAX : 0957-21-2493 (送付文書不要)

2017年度 長崎県強度行動障害支援者養成研修(基礎・実践)

申込用紙

氏名	ふりがな			
所属	法人名 学校名			
	事業所名			
事業種				
職名		実務経験年数	年	か月
住所	(〒 -) 都道府県 市			
TEL		FAX		
E-Mail	@			
弁当の注文 (500円) 希望される日に○	9/25	9/26	9/27	9/28
懇親会(26日(予定)) (会費:4,000円程度)	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加			

- この受講申込書に基づき作成する研修修了名簿は、長崎県に情報提供することになっておりますので、ご了承下さい。
- ご記入いただいた個人情報は、強度行動障害支援者養成研修に関する受講者様へのご連絡(受講決定通知書の送付等)など、研修の開催・運営を目的としてのみ利用致します。

申込締切：8月31日(木)