|  |
| --- |
| （別紙1） |
| 広島県ファシリテーター養成研修受講申込書　　平成　　年　　月　　日 |
| 　　　　広島県健康福祉局長　様 |  |  |
| 　　　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　該当する項目の□に✓してください。 |
| （フリガナ） |  |
| 受講希望者氏　　　名 |  | 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ　　　年　　　月　　　日 |
| 障害分野 | □身体　□知的　□精神　□児童 |
| 所属事業所名 |  |
| 所属事業所所在地（連絡先） | 〒　　　　　- | 電話FAX | （　　　　　）　　　　-（　　　　　）　　　　- |
| 事業所の事業種別 | □一般相談支援　□特定相談支援　□障害児相談支援　□療養介護　□生活介護□就労移行支援　□就労継続支援A型　□就労継続支援B型　□自立訓練（機能訓練・生活訓練） □共同生活援助 □児童発達支援センター（医療型含む）□保育所等訪問支援　□福祉型障害児入所施設　□医療型障害児入所施設□児童発達支援事業　□放課後等デイサービス　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 職種 | □相談支援専門員 □サービス管理責任者 □児童発達支援管理責任者□サービス提供責任者 □生活支援員 □ヘルパー □世話人 □職業指導員□就労支援員 □児童指導員 □保育士 □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 研修修了履歴 | 相談支援従事者初任者研修 | 相談支援従事者現任研修（直近） |
| 平成　　　　　年度 | 平成　　　　年度 |
| サービス管理責任者研修 | 児童発達支援管理責任者研修 |
| 平成　　　年度（　　　分野） | 平成　　　年度 |
| ファシリテーター養成研修 |
| 平成　　　　年度 |
| 広島県が実施する相談支援従事者研修等の演習ファシリテーターについて | 　□　経験してみたい。　□　経験したくない。 |