

【郵送申し込み用】 ※返信用封筒を同封願います。

令和6年度東京都強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）申込書（医療従事者用）

受講希望者氏名	フリガナ	生年月日（西暦）			職種 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 1 医師 <input type="checkbox"/> 2 歯科医師 <input type="checkbox"/> 3 保健師・看護師 <input type="checkbox"/> 4 PT・OT <input type="checkbox"/> 5 SW <input type="checkbox"/> 6 その他（ ）		
		年 月 日						
勤務先所在地	〒				連絡先	TEL		
勤務先名称					研修担当者名			
受講用メールアドレス								
希望する受講日程のうち、第1希望から第4希望まで番号を記入してください。	第1期 講義 7/19~7/31				第2期 講義 9/4~9/14			
	8月5日	8月6日	8月8日	8月9日	9月17日	9月18日	10月2日	10月3日
	第3期 講義 10/28~11/8							
	11月13日	11月14日	11月27日	11月28日				
実務経験等	知的障害、精神障害のある者（児）への診療の経験年数（通算）				年	ヵ月		
	上記のうち、強度行動障害を有する者（児）に対する診療に携わった経験年数				年	ヵ月		
強度行動障害支援者養成研修（実践研修）受講予定の有無					今年度中	有	無	
					次年度以降	有	無	
研修受講にあたって配慮すべき事項	1 車椅子利用 2 手話通訳 3 その他（ ）							

財団処理欄

入力	照合	処理	処理No.	受理No.	収受

【郵送申し込み用】 ※返信用封筒を同封願います。

令和6年度東京都強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）申込書（医療従事者用）

受講希望者 氏名	フリガナ サイダン タロウ	生年月日（西暦）		職種 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 1 医師 <input type="checkbox"/> 2 歯科医師 <input checked="" type="checkbox"/> 3 保健師・看護師 <input type="checkbox"/> 4 PT・OT <input type="checkbox"/> 5 SW <input type="checkbox"/> 6 その他（ ）			
	財団 太郎		1989年 4月 2日					
勤務先 所在地	〒163-1719 東京都新宿区西新宿2-7-1 〇〇ビル1階			連絡先	Tel 03-3344-XXXX			
勤務先名称	〇〇〇〇			研修 担当者名	財団 花子			
受講用メールアドレス	taro.zaidan@fukushi.jp							
希望する受講日程の うち、第1希望から第4希 望まで番号を記入して ください。	第1期 講義 7/19~7/31				第2期 講義 9/4~9/14			
	8月5日	8月6日	8月8日	8月9日	9月17日	9月18日	10月2日	10月3日
			1	2			3	4
	第3期 講義 10/28~11/8				令和6年4月1日時点の実務経 験を記入してください。			
	11月13日	11月14日	11月27日	11月28日				
現時点での見込みで記入してください。 ※今後の参考とさせていただきます。								
実務経験等	知的障害、精神障害のある者（児）に対する実務経験年数（通算）			8 年 0 カ月				
	上記のうち、強度行動障害を有する者（児）に対する実務経験年数			4 年 6 カ月				
強度行動障害支援者養成研修（実践研修）受講予定の有無				今年度中	有 無			
				次年度以降	有 無			
研修受講にあたって 配慮すべき事項	1 車椅子利用 2 手話通訳 3 その他（ ）							

該当がなければ記載は不要です。

財団処	入力	照合	処理	処理No.	受理No.	収受