強度行動障害支援者養成研修にかかるファシリテーター推薦書

|  |  |
| --- | --- |
| 施設・事業所名 |  |
| 連絡先Tel |  |
| 担当者名 |  |

被推薦者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏 　名 |  | 役　 職 |  |
| 研修受講年 | （基礎研修）　　　　年　　（実践研修）　　　　　年 | | |
| 経験年数 |  | メール  アドレス |  |
| 優先承認希望申込者  （優先順位） | 優先順位① | 優先順位② | |
| 優先順位③ | 優先順位④ | |
| 特記事項 |  | | |

被推薦者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏 　名 |  | 役　 職 |  |
| 研修受講年 | （基礎研修）　　　　年　　（実践研修）　　　　　年 | | |
| 経験年数 |  | メール  アドレス |  |
| 優先承認希望申込者  （優先順位） | 優先順位① | 優先順位② | |
| 優先順位③ | 優先順位④ | |
| 特記事項 |  | | |

　※ 「優先承認希望者」がいる場合は、別途研修申込ホームページで申し込んだ方４名まで優先順位の高い順に氏名のみ記載してください。今回は基礎研修の申込者を記載してください。同法人の他事業所職員を優先希望することも可能です。

　※ 不足する場合は複写して記載してください。

　（回答締切）６月１７日（木）

（回答先）

　　社会福祉法人石川県社会福祉協議会 福祉総合研修センター　あて

　　ＦＡＸ：076-221-1834　　メールアドレス：ohtani@isk-shakyo.or.jp