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 |  |

＜推薦者１＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 特記事項 |  |

＜推薦者２＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 特記事項 |  |

* 不足する場合は複写して記載してください。
* 優先承認希望者がいる場合は、申込システムの備考欄に「ファシリテーター推薦済」とご記入ください。

　（回答締切） ６月１０日（金）

（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　蚊戸あて

　 FAX：076-221-1834　　メールアドレス：kenshuu8@isk-shakyo.or.jp