

# 令和8年度強度行動障害支援者養成研修 申込書

申込方法

FAX:050-3527-0556 〒900-0011 沖縄県那覇市上之屋1-18-15 アイワテラス2階 沖縄人材カレッジ

E-mail:jinzaicollege@eagle.ocn.ne.jp (申込内容を明記の上、PDFデータ又は写真等を添付して送付願います)

申込内容 希望する研修の日程の申込欄に○を付けてください。 申込日 年 月 日

基礎研修	研修日程	申込	研修日程	申込
基礎研修(第1回)	令和8年5月23日(土)・30日(土)		基礎研修(第2回)	令和8年9月19日(土)・26日(土)

【受講資格】: どなたでも受講可能 ※第1回もしくは第2回のどちらかの2日間を受講された方に修了証を交付致します。

実践研修	研修日程	申込	研修日程	申込
実践研修(第1回)	令和8年 7月18日(土)・ 25日(土)		実践研修(第2回)	令和8年11月28日(土)・12月5日(土)

【受講資格】: 強度行動障害の基礎研修修了者であればどなたでも受講可能 ※第1回もしくは第2回のどちらかの2日間を受講された方に修了証を交付致します。

ふりがな				性別	男性 ・ 女性	
氏名				生年月日	年 月 日生 ( ) 歳	
住所	〒 -					
連絡先	電話番号			携帯番号		
メールアドレス						
勤務先関係	事業所名称(法人名を記載ください)					
	〒 -					
	事業所区分	<input type="checkbox"/> 障害入所系 <input type="checkbox"/> 障害訪問系 <input type="checkbox"/> 相談支援 <input type="checkbox"/> 児童デイ <input type="checkbox"/> その他( )				
	電話番号			FAX番号		
	経験年数	年 ヶ月		請求書送付先	<input type="checkbox"/> 法人宛 <input type="checkbox"/> 個人宛	
	強度行動障害者の支援に従事の有無		有 ・ 無	資料の送付先	<input type="checkbox"/> 法人宛 <input type="checkbox"/> 個人宛	

①保有資格について該当する箇所にチェックをお願いします。

無資格  ヘルパー2級  介護職員初任者研修  介護福祉士実務者研修

介護福祉士  社会福祉士  精神保健福祉士  その他( )

強度行動障害支援者要請研修(基礎研修) ※実践研修を受講される方は修了証も併せて提出ください。

②研修受講の動機について(該当箇所にチェックをお願いします。複数可)

障害分野の仕事に関心がある  自分のスキルを高めたい  障害分野の知識を習得したい  家族の援助に活かしたい

その他( )