令和８年度 川崎市強度行動障害支援力向上研修【基礎研修】

受講推薦書

法人名：
役職・氏名：　　印
法人住所：〒

川崎市強度行動障害支援力向上研修の受講者として、次のものを推薦します。

【受講申込者一覧】全受講申込者を下の欄に記載ください。（１法人８名）

優先順位	受講者名	事業所名	サービス種別
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

取りまとめ担当者名：	電話：
決定通知等送付先：〒	

【送付先】住所：〒210-0024　川崎市川崎区日進町 5-1 複合福祉センターふくふく 2 階

総合研修センター　「強度行動障害基礎研修担当」

□１．受講希望者全員のデータ入力（１名１送信）

第５回基礎入力フォーム：https://www.shakyo-kensyu.jp/kawasaki/kensyu_detail.php?id=183

□２．受講推薦書に押印の上、郵送（締切日、消印有効）　　**※２点すべて整えて申込完了です**