社会福祉法人横浜やまびこの里主催

**自閉症基礎セミナー2024　申し込み方法**

**（申し込み締切日　2024年10月4日（金）必着）**

* **申込方法**

次項のエントリーシートにご記入の上、メール添付かFAXにて申し込みください。

エントリーシートへご記入いただき、メールにて添付送付ください。

メール件名：「自閉症基礎セミナー2024　申込書送付　（所属・氏名）」としてください。

**メールアドレス**　noriko.nishio@yamabikonosato.or.jp

**【FAXでの申し込み】**

送信状は不要です。エントリーシートページを印刷し、そのまま送信してください。

申込通知が届いていない場合があります。ＦＡＸ送信後に必ず送付確認を電話連絡にてお願いいたします。

**FAX　　０４５－５３４－７０７２　（まろんワークス）**

* **受講の通知**

申込締切り後に、書類選考により受講者を決定します。受講結果は申込者全員へ郵送にて連絡します。

* **受講料の支払い**

　　　受講料は、受講決定通知に「口座振り込み案内」を添付します。指定日までの振り込みを

お願いします。

* **その他**

お手数ですが同じ職場で複数名の申し込みに際しても、エントリーシートはおひとり1枚ずつご記入いただき、お申込みください。

* **自閉症基礎セミナーに対する連絡先**

「自閉症基礎セミナー担当」　西尾紀子

電話：０４５－５９２－６２７６　　FAX：０４５－５３４－７０７２

住所：横浜市都筑区東山田2-4-23　社会福祉法人横浜やまびこの里　まろんワークス

**社会福祉法人横浜やまびこの里　自閉症基礎セミナー担当（西尾紀子）あて**

**自閉症基礎セミナー2024　エントリーシート**

【FAX：045-534-7072】　【メール：noriko.nishio@yamabikonosato.or.jp】

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ氏　 名（年齢　　　　） | ◆法人名：勤務先名・所属・職種 |
| ◆勤務先住所　　　　（〒　　　　　　　　　　） | ◆勤務先連絡電話：FAX： |
| ◆自閉症など障害者支援の従事経験年数　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　年　　　か月） | ◆メールアドレス（受講決定等の情報をお知らせ） |
| ◆受講についての連絡先・通知の送付先□上記勤務先に連絡・送付を希望□以下の連絡先に連絡・送付を希望住所：〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：　　　　　　　　　　　　 |
| １．自閉症基礎セミナーに期待すること２．日常の支援で自閉症支援に関して困っていること。または、うまくいっていないこと。３．強度行動障害支援者養成研修等の受講状況（以下にﾁｪｯｸ）【基礎講座】　　　　　　　　　　　　　　□受講している　　　　□受講していない【実践講座】　　　　　　　　　　　　　　□受講している　　　　□受講していない【行動援護従事者養成研修】　　　 □受講している　　　　□受講していない |

◆上記の個人情報は本研修の受付および受講決定者の名簿作成に関してのみ取り扱います。研修以外に関する使用はいたしません。

◆エントリーシートは記入時に行数やページ数が増えても構いません。