**強度行動障害支援者養成研修（FAX質問票）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **事業所名** |  | |
| **事業所住所** |  | |
|  |  | |
| **連絡先** | **TEL**  　　　　（　　　　　　） | **FAX**  　　　　　（　　　　　　） |
| **取得したい**  **資格**  **(丸を付けてください)** | **強度行動障害支援者養成研修** | |
| **基礎研修** 　　　/　 　　**実践研修** | |
| **質問内容** |  | |
| **回答欄** |  | |