

令和4年度愛媛県強度行動障がい支援者養成研修（基礎研修）受講申込書

令和 年 月 日

特定非営利活動法人
愛媛県知的障害者福祉協会 宛

法人名

代表者

職氏名



次の者に標記研修を受講させたいので、代表者として下記内容に責任を持って申し込みします。

ふりがな		生年月日 性 別	年 月 日生 男・ 女	強度行動障がい を有する者 に対する 支援経験	有 無 予 定
受講者氏名					
所属事業所 について	事業所名称	事業所の サービス種別			
	事業所所在地 (受講者と連絡のつく所)	〒 TEL : e-mail : FAX :			
受講目的 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 行動援護事業に従事 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護事業に従事 <input type="checkbox"/> 加算の算定 <input type="checkbox"/> 強度行動障がい児者支援の知識・技術の取得 <input type="checkbox"/> その他 ()				
必要な配慮事項	有 ・ 無 受講上の配慮事項 (例：車椅子・電動車椅子の使用、介助者同行など)				
推薦順位	番目 / 人中	同一法人から複数名申し込む場合は、必ず推薦順位 をご記入下さい。			

※事業所の連絡先情報で受講者と連絡が取れなかった場合に生じたいかなる損害にも対応いたしません。

※必要な配慮事項については、対応可能な範囲でのご対応になります。会場の構造上、対応できかねる場合がございますので、予めご了承下さい。

（個人情報）

「個人情報」とは、個人情報保護法にいう「個人情報」を指すものとし、生存する個人に関する情報であつて、当該情報に含まれる氏名、生年月日、住所、電話番号、連絡先その他の記述等により特定の個人を識別できる情報及び容貌、指紋、声紋にかかるデータ、及び健康保険証の保険者番号などの当該情報単体から特定の個人を識別できる情報（個人識別情報）と規定する。

（個人情報の取扱について）

法人が必要に応じて入手した個人情報は、運営管理目的と修了者名簿、修了証書の記載にのみ使用する。また、次に掲げる場合を除いて、あらかじめ受講者の同意を得ることなく、第三者に個人情報を提供しない。ただし、個人情報保護法その他の法令で認められる場合を除く。

- ① 人の生命、身体または財産の保護のために必要がある場合であつて、本人の同意を得ることが困難であるとき。
- ② 公衆衛生の向上のために特に必要がある場合であつて、本人の同意を得ることが困難であるとき。
- ③ 国の機関もしくは地方公共団体またはその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であつて、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

前項の定めにかかわらず、合併その他の事由による事業の承継に伴って個人情報が提供される場合の、当該情報の提供先は第三者に該当しないものとする。