平成29年度第2回川崎市強度行動障害支援力向上研修
（強度行動障害支援者養成研修【基礎研修】）
受講推薦及び申込書

申込締切：平成29年12月20日（水）17時«必着»

法人内 優先順位	位 ↑同一法人から複数人お申し込みされる場合は、必ずご記入ください。

推薦者記入欄		
	法人名	
	役職・氏名	印

平成29年度川崎市強度行動障害支援力向上研修の受講者として、次の者を推薦します。

ふりがな			生年月日	
氏名			□昭和 □平成	年　月　日
活動法人 （勤務先）	法人 団体名		事業所 団体名	
	事業所のサービス種類		ＴＥＬ	
			ＦＡＸ	
	事業所 所在地	〒（　　－　　）		

実務経験年数と種別 （障害のある方の支援に従事した期間） ※通算・重複可	年　か月　（平成29年11月1日時点）	
	□3障害　□身体障害　□知的障害　□精神障害　□児童	
行動障害を有する方への支援について （いずれかひとつに○をつけてください）	A．現在、支援を行っている。	
	B．まだ支援を行っていないが、予定はある。	
	C．今後も支援の予定はない。	
資格等 （○をつけてください）	社会福祉士　・　精神保健福祉士　・　介護福祉士　・　介護支援専門員　・　看護師	
	社会福祉主事任用資格　・　保育士　・　その他（　　）　・　なし	
研修を受講する際に必要な配慮 （○をつけてください）	車いすの使用の有無　・　介助犬の同伴　・　点字教材　・　拡大文字資料	
	手話通訳者　・　要約筆記者　・　その他（　　）	

【研修等の受講履歴チェックリスト】

研修等の受講履歴 （該当するものに○をつけて、修了年度を記載してください。）			
	行動援護従業者養成研修		修了年度　平成　　年度
	重度訪問介護従業者養成研修 行動援護支援課程		修了年度　平成　　年度
	受講なし		

※申込は法人で取りまとめの上、申込書類確認書を添えてご送付ください。

※記載漏れや不備があった場合は、受講を見送りとさせていただきますので、ご注意ください。

※ここでご記入いただく情報は、当該研修業務の運営以外の目的で使用することは一切ありません。

使用目的：受講の承認及び不承認、受講者・修了者名簿の作成、研修講師・補助者への情報提供、本研修事業関連