**平成30年度第３回神奈川県強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）**

**受講推薦および申込書**

次の者を受講者として推薦します。

平成30年　　月　　日

神奈川県福祉子どもみらい局福祉部障害福祉課長　殿

法人等の名称

代表者職・氏名

＜受講対象者＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **法人内優先順位** |  | ←法人で複数人数を推薦する場合、**優先順位を必ず記載**してください |
| ふりがな |  | 性別 | 生 年 月 日 |
| 受講者氏名 |  |  | 昭和・平成　　年　　月　　日 |
| 所属機関名・連絡先 | 法人名または市町村名 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所のサービス種類 |  |
| 事業所所在地 | 〒　　　- |
|  |
| 連絡先電話番号／ﾌｧｸｼﾐﾘ番号 | TEL | FAX |
| 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　　　ヵ月　（平成30年４月1日時点） |
| 知的障害　　　身体障害　　　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1つに○を付けてください） | A：現在、支援を行っている。 |  |
| B：まだ支援行っていないが、予定はある。 |  |
| C：今後も支援の予定はない。 |  |
| 強度行動障害支援者養成研修**（実践研修）**の受講を希望する場合は、○を付けて下さい。 |  |
| 受講に際して配慮する必要のある事項（○をつけてください） |  | 車椅子の使用 |  | 介助犬の同伴 |  | 点字教材 |
|  | 拡大文字使用 |  | 手話通訳者 |  | 要約筆記者 |
|  | 身障者用駐車場 |  |  |

**【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○を付けて修了年度を記載して下さい） | 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 |  |  |

＊申し込み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く場合がありますのでご注意ください。

**平成30年度第３回神奈川県強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）**

**申込書類確認書**

※**本紙も必ず同封してください**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 法人住所　（決定通知等送付先）および 連絡先 | 〒　　　－ |
| ＴＥＬ :　　　（　　　　） |
| 取りまとめ担当者名 |  |

＊決定通知等はまとめて上記住所に送付いたします。法人住所と異なる場所への送付を希望する場合は、上記「法人住所」欄に送付先を記載してください。（受講者ごとに異なる送付先とすることはできません）

【申込書類確認】　※ □**に✓を記入してください。**

□ **申込書に法人代表者印を押しましたか**

□ **法人から複数の受講者申し込みをする場合、法人内優先順位を全員分記載しましたか**

□ **申込書に記入漏れなく、すべての必要事項に記入しましたか**

□ **受講申し込み者全員の申込書が入っていますか**

□ **返信用封筒（長形３号、92円切手貼付、住所・法人名の記載）が入っていますか**

【受講申し込み者一覧】全受講申し込み者を下の欄に記載してください

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