平成28年度第１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) | 〒　　　　－　　　 |
|  |
| 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」に送付先を記載ください。（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、全ての必要項目に記入しましたか
* 受講者全員分の申込書が入っていますか
* 返信用封筒（長形３号、92円切手の添付、住所・法人名の記載）が入っていますか
* 重度障害者（児）支援加算に係る届出書のコピーが入っていますか（届出をしている事業所のみ）

【受講者一覧】全受講者を下の欄に記載ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | 受講者名 | 事業所名 | サービス種別 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※受講者欄が足りない場合は、本確認書をコピーして複数枚提出してください。

**平成28年度第１回神奈川県強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）**

**受講推薦及び申込書**

次の者を受講者として推薦します。

平成28年　　月　　日

神奈川県保健福祉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。 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 受講者氏名 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日 |
|  | 法人名又は市町村名 |  |
| 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　　　　ヶ月 （平成28年５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○を付けてください） | 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。 |  |
| 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、○を付けてください。 |  |
| 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) |  | 車椅子の使用の有無 |  | 介助犬の同伴の有無 |  | 点字教材 |
|  | 拡大文字資料 |  | 手話通訳者 |  | 要約筆記者 |
|  | 身障者用駐車場 |  | 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○を付けて、修了年度を記載ください。） | 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。