

平成29年度兵庫県強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）受講者推薦及び申込書

申込日：平成 年 月 日

法人名・会社名（設置主体）		代表者 職名 氏名 印	
施設事業所名称		施設事業所住所 〒 電話番号（ ） — 申込担当者氏名	
事業所種別 （該当番号 に○をつけ て下さい）	1 居宅介護 2 重度訪問介護 3 行動援護 4 重度障害者等包括支援 5 同行援護 6 短期入所 7 療養介護 8 計画相談・地域移行・地域定着支援 9 生活介護 10 自立訓練 11 就労移行支援 12 就労継続支援 13 施設入所支援 14 共同生活援助 15 福祉型障害児入所施設 16 医療型障害児入所 施設 17 児童発達支援 18 放課後等デイサービス 19 その他（ ）		
上記施設事業所のこれまでに強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）を修了した者の人数（申込日時点で在籍している者）		名	
今年度中（H29.4.1～H30.3.31）に強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）を新たに修了させたい者の人数		名	
受講希望の理由（該当番号の横の空欄に○をつけて下さい）			
1	施設入所支援事業における重度障害者支援加算のため		
2	短期入所事業における重度障害者支援加算のため		
3	共同生活援助事業における重度障害者支援加算のため		
4	福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設における強度行動障害児支援加算のため		
5	福祉型障害児入所施設における強度行動障害児特別支援加算のため		
6	児童発達支援事業、放課後等デイサービス事業における児童指導員等配置加算のため		
7	その他の理由（ ）		
平成29年度強度行動障害支援者養成研修（実践研修）の受講申込予定		あり（ ）人 ・ なし	

上記理由から下記の者に受講をさせたく推薦いたします

受講者氏名 ※氏名は正しい書体で記入願います		性 別	同一事業所から複数名推薦時の優先順位
フリガナ		男 ・ 女	位 / 人中
姓	名		
生 年 月 日		職 種	連絡先電話番号
昭和・平成 年 月 日（ 歳）			（ ） —
実務経験等	○ 現事業所での実務経験 年 月（平成29年6月末日現在） ○ 障害福祉サービス事業所での通算実務経験 年 月（平成29年6月末日現在） ○ 自閉症の支援に携わった経験 有 ・ 無		
研修受講にあたって配慮すべき事項（○で囲む）	・ 手話通訳 ・ 車椅子用席 ・ 介助者同行 ・ その他（具体的に ）		

上記の記載内容に相違ありません

（必ず受講者本人が記載内容を確認すること） 受講者氏名： 印
この申込用紙と返信用封筒（82円切手貼付し宛先住所・氏名・受講者氏名明記）を同封して郵送してください。

兵庫県強度行動障害支援者養成研修にかかる申込チェックシート

各項目を再度確認し、不備がなければ□にチェックを入れ、事業所名、氏名の記入と押印をしてください。

不備があった場合でも受理し、受講選考の対象となりますので、ご注意ください。

同一封筒で、複数名分郵送される場合は、本チェックシートは1枚で構いません。

①申込書に記載漏れ、押印漏れ等はない。

☐

②申込者の氏名（漢字）、生年月日に間違いがない。

☐

③返信用封筒（長型3号120mm×235mm）に82円切手を貼り、宛先、
受講希望者氏名を記載している。

☐

④返信用封筒が、申込人数分同封されている。

☐

⑤申込書郵送時の料金不足がないようにしている。

☐

申込みにかかる必要な書類内容を確認しましたので、郵送いたします。

平成 年 月 日

事業所名

申込責任者

印