

平成29年度兵庫県強度行動障害支援者養成研修（実践研修）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（実践研修）を修了した者の人数（申込日時点で在籍している者）		名	
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（基礎研修）の修了者		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
刀ガナ	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10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10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 ）	
基礎研修修了状況（修了書の写しを添付すること）	・ 修了年度 _____年度 ・ 修了書番号 _____ ・ 実施都道府県名 _____	

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

この申込用紙と基礎研修修了証のコピー、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）、様式第2号を同封して郵送してください。