

受講区分:基礎研修

記入例

倉敷9月(土日)会場

※該当するすべての項目について記入してください。(記入漏れがあります。)

令和6年度 岡山県強度行動障害支援者養成研修(基礎研修) 受講申込書

令和6年度 岡山県強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)の受講者として次の者を受講させたいので推薦します。

(申込者)

令和 6 年 6 月 28 日

法人名	社会福祉法人〇〇福祉会		事業所名	指定訪問指定訪問介護事業所もたらう	
事業所所在地	〒 700-8570 岡山 市 町・村 北区内山下×-×-×		代表者名・印	理事長 桃 太郎	
事業所電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		事業所FAX番号	〇〇〇-〇〇〇-××××	
事業種別 (サービス種別)	居宅介護、重度訪問介護、行動援護		推薦順位	同一事業所から同一受講区分へ複数名申し込む場合の優先順位 ※1名の場合でも1人中1位と記載してください。	
				1	人中
受講者氏名	もも ももこ 桃 桃子		生年月日	S H	50 年 4 月 1 日
				性別	男
受講者住所	〒 700-0822 岡山 市 町・村 北区表町〇-〇-〇		電話番号	〇〇〇-〇〇〇-××〇〇	
	オンデマンド配信URL通知用メールアドレス ※兼事務連絡用		講義動画を受講するためのURLをメールで通知する場合に使用します。また研修メールアドレスの不備があった場合、通知メールが遅れます。 momoko-momo @ pref.okayama.jp		
実務経験 (証明書添付不要) 知的障害者、知的障害児又は精神障害者の福祉に関する事業(直接処遇に限る)に係る従事経験を記入して下さい。	事業所・機関・施設名	サービス種類	職名	従事期間	
	〇〇ヘルパーステーション	重度訪問介護	ヘルパー	8	年 5 月
	××××	生活介護	生活支援員	3	年 3 月
	指定訪問介護事業所もたらう	重度訪問介護	ヘルパー	0	年 5 月
	上記従事期間を合計した年月数を記載してください。(※0年0カ月の場合でも必ずご記入ください。)				通算
行動援護事業所での従事予定	※現在、行動援護サービスに従事していない受講者について、従事する予定がある場合に記入				
該当する欄に <input checked="" type="checkbox"/> と予定時期を入れて下さい。	1	サービス提供責任者	就任予定	(予定時期	年 月)
	<input checked="" type="checkbox"/>	2	サービス提供者(ヘルパー)	従事予定	(予定時期 令和7 年 4 月)
		3	その他 ()	従事予定	(予定時期 年 月)
行動援護従事者経過措置対象者	※現在、行動援護サービスに従事している受講者について、R9.3.31までの経過措置対象の場合記入				
該当する欄に <input checked="" type="checkbox"/> と人数または〇を入れて下さい。	1	事業所内の行動援護従事者の人数		(人)
	2	事業所内の行動援護従業者養成研修過程又は強度行動障害支援者養成研修(基礎・実践)修了者の人数		(人)
	3	受講者の人員配置状況 (〇で囲んでください。)		(サービス提供責任者 . サービス提供者(ヘルパー))
実践研修の受講希望	強度行動障害支援者養成研修(実践研修)の受講申込みをしますか。(〇で囲んでください。)				
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 申し込む ※必ず、別途「実践研修」の申込書で申し込んでください。		2 申し込まない		
推薦理由 該当する欄に <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい。 ※複数可	<input checked="" type="checkbox"/>	1 行動援護サービスの従業者要件を満たすため。			
		2 障害福祉サービスの報酬における重度障害者支援加算(Ⅱ)等の加算の算定要件を満たすため。			
		3 事業所内において行動障害がある方へ対応していくため。			
	<input checked="" type="checkbox"/>	4 職員のスキルアップのため。			
		5 その他 ()			
受講上の配慮等	どちらかを〇で囲んでください。		配慮すべき事項があれば		
	有	<input checked="" type="checkbox"/> 無			

最後に〇や✓漏れがないか必ず確認をしてください。

※ 複数名申し込む場合はコピーしてご使用ください。

※該当するすべての項目について記入してください。(記入漏れがあった場合は、受講決定できない場合があります。)

令和6年度 岡山県強度行動障害支援者養成研修(基礎研修) 受講申込書

令和6年度 岡山県強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)の受講者として次の者を受講させたいので推薦します。

(申込者)

令和 年 月 日

法人名	事業所名		
事業所所在地	〒	市・町・村	代表者名・印
事業所電話番号	事業所 FAX 番号		
事業種別 (サービス種別)	推薦順位	同一事業所から同一受講区分へ複数名申し込む場合の優先順位 ※1名の場合でも1人中1位と記載してください。	
ふりがな	生年月日	S ・ H	年 月 日 性別 男・女
受講者住所	〒	市・町・村	電話番号
オンデマンド配信 URL通知用 メールアドレス ※兼事務連絡用	講義動画を受講するためのURLをメールで通知する場合に使用します。また研修延期、会場変更等の事務連絡に使用します。 @		
実務経験 (証明書添付不要) 知的障害者、知的障害児又は精神障害者の福祉に関する事業(直接処遇に限る)に係る従事経験を記入して下さい。	事業所・機関・施設名	サービス種類	職名
			従事期間
			年 月
			年 月
			年 月
	上記従事期間を合計した年月数を記載してください。(※0年0カ月の場合でも必ずご記入ください。)		通算 年 月
行動援護事業所での 従事予定	※現在、行動援護サービスに従事していない受講者について、従事する予定がある場合に記入		
該当する欄に☑と 予定時期を入れて下さい。	1 サービス提供責任者	就任予定	(予定時期 年 月)
	2 サービス提供者(ヘルパー)	従事予定	(予定時期 年 月)
	3 その他 ()	従事予定	(予定時期 年 月)
行動援護従事者 経過措置対象者	※現在、行動援護サービスに従事している受講者について、R9.3.31までの経過措置対象の場合記入		
該当する欄に☑と 人数または○を入 れて下さい。	1 事業所内の行動援護従事者の人数	(人)	
	2 事業所内の行動援護従事者養成研修過程 又は強度行動障害支援者養成研修(基礎・実践)修了者の人数	(人)	
	3 受講者の人員配置状況 (○で囲んでください。)	(サービス提供責任者 . サービス提供者(ヘルパー))	
実践研修の 受講希望	強度行動障害支援者養成研修(実践研修)の受講申込みをしますか。(○で囲んでください。)		
推薦理由 該当する欄に☑を 入れて下さい。 ※複数可	1 申し込み ※必ず、別途「実践研修」の申込書で申し込んでください。		2 申し込みない
	1 行動援護サービスの従業者要件を満たすため。		
	2 障害福祉サービスの報酬における重度障害者支援加算(Ⅱ)等の加算の算定要件を満たすため。		
	3 事業所内において行動障害がある方へ対応していくため。		
	4 職員のスキルアップのため。		
5 その他 ()			
受講上の配慮等	どちらかを○で囲んでください。	配慮すべき事項があれば記入してください。(有を選択した方は必ず記入してください。)	
	有 ・ 無		

※ 複数名申し込む場合はコピーしてご使用ください。