

	岡山会場 8月土日コース
	津山会場 9月土日コース
	岡山会場10月平日コース
	総社会場11月土日コース
	岡山会場12月平日コース

受講区分:実践研修

※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7年度 岡山県強度行動障害支援者養成研修(実践研修) 受講申込書

令和7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 7 年 月 日

法 人 名			事 業 所 名		
事 業 所 所 在 地	〒		代 表 者 名		
	市・町・村				
事業所電話番号			事業所メールアドレス		
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。	
				人中	位
ふ り が な 受 講 者 氏 名			生 年 月 日	S ・ H	年 月 日 性別 男 ・ 女
受 講 者 住 所	〒		電 話 番 号		
	市・町・村				
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
					年 月
					年 月
					年 月
					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ヵ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				
	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				
	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 (○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)	)
基 礎 研 修 の 受 講 状 況	強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)の受講は修了していますか。(○で囲んでください。)				
	1 修了済 ※必ず、修了証の写しを添付してください。		2 同時受講 ※別途「基礎研修」の申込書で申し込んでください。		
推 薦 理 由 該当する欄に☑を 入れて下さい。 ※複数可	1 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	お選びください。		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。