

下記の希望コースを必ず選択してください。

	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 6 月 日

法人名			事業所名								
事業所所在地	〒		代表者名								
	市										
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										
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				
							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 該当する欄に☑と 予定時期を入れて下 さい。	※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 該当する欄に☑と 人数または○を入 れて下さい。	※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				2 同時受講						
	※必ず修了証の写しを添付してください。				※別途「基礎研修」の申込書も提出ください。						
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	配慮の有・無		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。