(様式１)

(令和６年度) 第３回　強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）・（実践研修） 受講希望者名簿

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 生年月日 | 務経経験 | 法人名 | ※職名 | 事業所名 | ※事業所区分 | 所在地 | 電話FAX | テキスト購入の希望 |
| *（フリガナ）**山梨太郎* | *平成 〇年**〇月〇日* | *２年**6 月* | *社会福祉法人**〇〇会* | *２* | *支援センター**○○* | *２* | *〒400-1111**山梨市〇〇町1-2-3* | *0553－XX－XXXX**0553－XX－XXXX* |
|  | 昭和 ・ 平成  年 　 月 日 | 　　　　年月 |  |  |  |  | 〒 |  | 希望する 希望しない |

* 職　　名　　　1 管理者（サービス管理（児童発達支援管理あ）責任者、 　 2 生活支援員（支援員等）、 　3 保育士（児童指導員等）、

４　訪問介護員、　 5 相談支援専門員（介護支援専門員）、 6 その他

※ 事業所区分　　1 入所支援施設、 　 2 生活介護、 　3 共同生活援助、 　 4 児童発達支援（放課後等デイ）、　 5 相談支援、

1. 居宅介護（訪問介護） 7 就労継続（就労移行）、　　　 8 その他
* 受講希望者名簿の情報を基に修了証書を作成しますので、氏名、生年月日等お間違いのないようにご記入ください。

＜受講希望コース＞

※ 希望するコース（基礎研修・実践研修）に〇、×を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 基礎研修 | 実践研修 |
| ６月１１日（火）６月１２日（水）　（２日間） | ６月１９日（水）６月２０日（木）　（２日間） |

　　　　　　　　　※各コースの受講希望者が定員を大幅に越えた場合は、申込期間内であっても受付を締切る場合があります。

(様式３)

(令和６年度) 第３回　強度行動障害支援者養成研修（基礎研修・実践研修）**再受講（聴講）** 希望者名簿

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 生年月日 | 法人名 | ※職名 | 事業所名 | ※事業所区分 | 所在地 | 電話FAX | テキスト購入の希望 |
| *（フリガナ）**山梨太郎* | *平成 〇年**〇月〇日* | *社会福祉法人**〇〇会* | *２* | *支援センター**○○* | *２* | *〒400-1111**山梨市〇〇町1-2-3* | *0553－XX－XXXX**0553－XX－XXXX* |
|  | 昭和 ・ 平成  年 　 月 日 |  |  |  |  | 〒 |  | 希望する 希望しない |
| **基礎研修**修了年月日 | 平成・令和 　　年 　 月 日 | 修了証番号 | 第　　　　　　　号 | **実践研修**修了年月日 | 平成・令和 年 　 月 日 | 修了証番号 | 第　　　　　　　号 |

* 職　　名　　　1 管理者（サービス管理（児童発達支援管理あ）責任者、 　 2 生活支援員（支援員等）、 　3 保育士（児童指導員等）、

４　訪問介護員、　 5 相談支援専門員（介護支援専門員）、 6 その他

※ 事業所区分　　1 入所支援施設、 　 2 生活介護、 　3 共同生活援助、 　 4 児童発達支援（放課後等デイ）、　 5 相談支援、

1. 居宅介護（訪問介護） 7 就労継続（就労移行）、　　　 8 その他

＜聴講希望コース＞

※ 聴講（再受講）を希望するコース（基礎研修・実践研修）に〇、×を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 基礎研修 | 実践研修 |
| ６月１１日（火）６月１２日（水） 　　（２日間） | ６月１９日（水）６月２０日（木）　　　（２日間） |

　　　　　　　　　　　　※各コースの聴講定員（７名・先着順）。　聴講（再受講）希望者が夫々の定員を満たした時点で受付を締切ります。

(様式２)

　 令和６年　　月 　 日

 受講者推薦書

山梨県知的障害者支援協会

会　長　 様

（FAX　０５５３－３４－９２０１）

〒405-0005

 山梨市小原東１３０９－１

 サポートセンターハロハロ一番館　内　　　 法　人　名 ：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名：

次の者を、（令和６年度）強度行動障害支援者養成研修の受講者として推薦します。

|  |  |
| --- | --- |
| 受講希望者氏名 | （フリガナ） |
| 過去の申込状況(※該当するものに〇) | ・ あり　 ・ なし （今回の申込みが初めて ） | 令和　 年度（第 　回）)を申込んだが受講できなかった。 |
| 障害者支援の実務経験 | 年　　月　　※（実務経験が１年以上の方を受講対象とします。） |
| 「実践研修」をお申込の方（「基礎研修」とセットで申込む場合を除く） | 「基礎研修」　受講歴 | ※「実践研修」を受講する方は、「基礎研修」を修了していることが受講条件となります。・基礎研修・修了証番号（ 第　　　　　　　　　　　　号　）・基礎研修・修了年月日（ 平成・令和　　　年　　月　　日） |
| 推薦理由 | （選考の判断材料とする為、具体的に記入してください）　 |

※　ファクシミリ（または郵送）受信後、「申込書受信確認書」をお送りします。

申込後、３営業日を過ぎても返信がない場合はお手数でも研修事務局までご連絡願います。

（土・日を除く）

※　令和６年６月５日（水）までに受講者を決定し、文書にてお知らせします。

　（受講者の決定にあたっては、過去の受講状況及び推薦理由等を勘案のうえ受講者を決定します。）

※ 受講希望者が定員を大幅に超える場合は、申込受付期間内であっても受付を締切る場合があります。