

令和4（2022）年度 社会福祉法人藤沢育成会  
強度行動障害支援者養成研修【実践研修】  
申込書類確認書

※本紙も必ず同封してください

法人名	
法人住所 (決定通知等送付先)	〒            —
取りまとめ 担当者名	
担当者電話番号	— (                      ) —
担当者 メールアドレス	.....@.....

\* 決定通知等は担当者メールアドレスに送付いたします。

【申込書類確認】 ※□に✓を記入してください

- ☐ 申込書に記入漏れなく、全ての必要項目に記入しましたか
- ☐ 受講者氏名の記載に誤りはありませんか（例）高→高      崎→崎      など

※申し込みはインターネットからも申し込みができます。

インターネット	<a href="https://docs.google.com/forms/d/12iamZdy_imBH3upelTKGqCNIyh1cRuNL6Aptp7A6oaE/edit?usp=sharing">https://docs.google.com/forms/d/12iamZdy_imBH3upelTKGqCNIyh1cRuNL6Aptp7A6oaE/edit?usp=sharing</a>
QR コード	

令和4（2022）年度 社会福祉法人 藤沢育成会  
**強度行動障害支援者養成研修【実践研修】** 受講推薦及び申込書  
 次の者を受講者として推薦します。

令和4（2022）年      月      日

藤沢育成会 理事長石川 修 殿  
 法人等の名称  
 代表者職・氏名

<受講対象者>

フリガナ		生 年 月 日	
受講者氏名		西暦      年      月      日	
所属機関名 ・ 連絡先	法人名 又は市町村名		
	事業所名		
	事業所の サービス種類		
	事業所所在地	〒      -	
	連絡先 電話番号／ ファクシミリ番号	TEL	FAX
受講日程 (可能な日程全てに○ を付けて下さい。)		第一回 2022年9月15日・16日	第二回 2023年2月2日・3日
実務経験年数と種別 (障害のある方の支援 に従事した期間) ※通算・重複可		年      ヶ月 [令和4（2022）年4月1日時点]	
		<input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 児童	
現在、行動障害のある 方の支援に携わって いますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
研修等の受講履歴 (該当するものに☑を つけ、修了年月日を記 載すること。)	研修名	有無	修了年月日
	重度訪問介護従業者養成研修 行動障害支援課程	<input type="checkbox"/>	年      月      日
	行動援護従業者養成研修	<input type="checkbox"/>	年      月      日
	強度行動障害支援者養成研修【基礎研修】 修了者	<input type="checkbox"/>	年      月      日
	強度行動障害支援者養成研修【基礎研修】受講予定者	<input type="checkbox"/>	年      月      日
受講に際して配慮 する必要のある事項			

\* 申込は法人で取りまとめの上、申込書類確認書を添えて御送付ください。  
 \* 記載漏れや不備があった場合は、受講を見送りとさせていただきますので、御注意ください。