

平成 2 4 年度行動援護従業者養成研修受講申込書

平成 年 月 日

神奈川県保健福祉局福祉・次世代育成部

障害福祉課長 殿

所在地
名称
代表者氏名
電話番号
F A X

印

フリガナ			
氏 名	(生年月日 昭和 年 月 日 歳)		
現住所	〒	最寄駅	
職 名／優先順位	サービス提供責任者・サービス提供職員	受講優先順位	
事業所の所在地	〒		
施設又は事業所名		従業者数	人
	施設・事業所の種別 () ←知的障害者、精神障害者又は障害児		
就業期間	平成 年 月 日 ~平成 年 月 日 (年 月間)		
上記のうち 直接支援業務に 従事した日数	職名 ()		
		日	
従事資格 要件の有無	サービス提供責任者 直接支援業務期間 5 年以上 (有 ・ 無) サービス提供職員 直接支援業務期間 2 年以上 (有 ・ 無)		

資格登録証・研修修了証の写しは受講決定後、研修初日にご持参ください

- ※ 1 施設又は事業所名欄には、知的障害者更生施設等の種別も記入すること。
- ※ 2 就業期間欄は、平成24年11月27日において実務経験被証明者が要援護者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入すること。
(産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません)
- ※ 3 証明内容を訂正する場合は、二重線で消した上、証明者(代表者)の印を押すこと。
- ※ 4 従業資格要件の有無欄には、サービス提供責任者、サービス提供職員(ヘルパー)の直接支援業務の従事期間を満たしていない場合は「無」に○、満たしているがスキルアップのため受講希望する場合は「有」に○をしてください。
- ※ 5 資格登録証とは、介護福祉士の資格登録書を指します。また、研修修了証とは、ヘルパー1～3級または、ガイドヘルパー研修の修了証を指します。

◆ 精神障害者に対するサービス提供について

行動援護の支給決定を受けた精神障害者の方にサービス提供している事業者の方は差し支えなければ右欄に○印をつけてください。	
---	--

平成 2 4 年度行動援護従業者養成研修受講申込書 (記入例)

平成 〇 年 〇 月 〇 日

神奈川県保健福祉局福祉・次世代育成部

障害福祉課長 殿

所在地 神奈川県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇
名称 社会福祉法人〇△□会
代表者氏名 〇〇 〇〇
電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
F A X 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

印

フリガナ	ショウナン ハナコ		
氏 名	しょうなん 花子 (生年月日 昭和 4 3 年 5 月 1 日〇〇歳)		
現住所	〒123-4567 藤沢市〇〇町〇〇-〇〇		
	最寄駅	小田急江ノ島線 藤沢本町駅	
職 名／優先順位	サービス提供責任者・サービス提供職員	受講優先順位	1
事業所の所在地	〒234-5678 茅ヶ崎市〇〇区〇〇町〇〇-〇〇		
施設又は事業所名	〇〇〇ヘルパーステーション	従業者数	1 6 人
	施設・事業所の種別 (居宅介護事業所) ←知的障害者、精神障害者又は障害児		
就業期間	平成 2 1 年 4 月 1 日 ~平成 2 4 年 9 月 3 0 日 (3 年 6 月間)		
上記のうち 直接支援業務に 従事した日数	職名 (居宅介護従業者)		
	利用者に対する介護業務	6 0 0 日	
従事資格 要件の有無	サービス提供責任者 直接支援業務期間 5 年以上 (有 ・ 無) サービス提供職員 直接支援業務期間 2 年以上 (有 ・ 無)		

資格登録証・研修修了証の写しは受講決定後、研修初日にご持参ください

- ※ 1 施設又は事業所名欄には、知的障害者更生施設等の種別も記入すること。
- ※ 2 就業期間欄は、平成24年11月27日において実務経験被証明者が要援護者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入すること。(産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません)
- ※ 3 証明内容を訂正する場合は、二重線で消した上、証明者(代表者)の印を押すこと。
- ※ 4 従業資格要件の有無欄には、サービス提供責任者、サービス提供職員(ヘルパー)の直接支援業務の従事期間を満たしていない場合は「無」に○、満たしているがスキルアップのため受講希望する場合は「有」に○をしてください。

◆ 精神障害者に対するサービス提供について

行動援護の支給決定を受けた精神障害者の方にサービス提供している事業者の方は差し支えなければ右欄に○印をつけてください。	○
---	---