

令和元年度第2回川崎市強度行動障害支援力向上研修 (強度行動障害支援者養成研修) 【基礎研修】受講推薦及び申込書		法人内 優先 順位	位
申込締切：令和2年1月10日（金）17時≪必着≫			
推薦者記入欄	法人名		
	役職・氏名	印	

令和元年度川崎市強度行動障害支援力向上研修の受講者として、次の者を推薦します。

ふりがな			生年月日			
氏名			<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日		
			<input type="checkbox"/> 平成			
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 月 日 (令和2年1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
行動障害を有する方への支援について (いずれかひとつに○をつけてください)	A. 現在、支援を行っている。		資格等 (○をつけてください)	社会福祉士・精神保健福祉士 介護福祉士・介護支援専門員・看護師 社会福祉主事任用資格・保育士 その他 () ・なし		
	B. まだ支援を行っていないが、予定はある。					
	C. 今後も支援の予定はない。					
研修を受講する際に 必要な配慮 (○をつけてください)	車いすの使用の有無・介助犬の同伴・点字教材 拡大文字資料・手話通訳者・要約筆記者・その他 ()					
事業所 情報 (勤務先)	事業所名			事業所の サービス種 類		
	事業所 所在地	〒 (-)		T E L		
				F A X		
		強度行動障害者支援者養成研修 (基礎研修) 受講修了者	人			
受講希望理由	受講希望された理由について、貴事業所の現状（利用者支援の状況、加算算定状況等）も含め、ご記入ください。					

※申込は法人で取りまとめの上、申込書類確認書を添えてご送付ください。

※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、ご注意ください。

※ここでご記入いただく情報は、当該研修業務の運営以外の目的で使用することは一切ありません。

使用目的：受講の承認及び不承認、受講者・修了者名簿の作成、研修講師・補助者への情報提供、本研修事業関連