

記入例

※該当するすべての項目について記入してください。(記入漏れがあります。)

令和8年度 岡山県強度行動障害支援者養成研修(基礎研修) 受講申込書

令和8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 8 年 6 月 30 日                                 |               |   |              |             |         |                 |     |
| 法人名   | 社会福祉法人〇〇会  |   | 事業所名          | グループホーム〇〇園  |              |             |         |                 |     |
| 事業所所在地  | 〒 700-8570<br>岡山 市 北区内山下〇〇番地〇  |   | 事業所代表者名       | 理事長 岡山 太郎   |              |             |         |                 |     |
|   | △△コーポロ〇号   |   |               |   |              |             |         |                 |     |
| 事業所電話番号   | 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇   |   | 事業所メールアドレス    | momo-mo@pref.okayama.jp                                 |              |             |         |                 |     |
| 事業種別<br>(サービス種別)  | 共同生活援助   |   | 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<br>※1名の場合でも1人中1位と記載してください。 |              |             |         |                 |     |
|   |  |   |               | 1   | 人中           | 1           | 位       |                 |     |
| ふりがな  | おかやま ももこ   |   | 生年月日          | S<br>H  | 50 年 1 月 1 日 | 性別          | 男 ・ 女   |                 |     |
| 受講者氏名   | 岡山 桃子  |   |               |   |              |             |         |                 |     |
| 受講者住所   | 〒 700-0822   |   | 電話番号          | 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇   |              |             |         |                 |     |
|   | 岡山 市 北区表町〇〇〇番地   |   |               |   |              |             |         |                 |     |
| オンデマンド配信URL通知用メールアドレス<br>※ 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。<br>momo-mo @ pref.okayama.jp |   |               |   |              |             |         |                 |     |
| 実務経験<br>(証明書添付不要)<br><br>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    |                 |     |
|   | 〇〇ヘルパステーション  |   | 重度訪問看護        |   | ヘルパー         |             | 5 年 3 月 |                 |     |
|   | グループホーム〇〇園   |   | 共同生活援助        |   | 生活支援員        |             | 4 年 0 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カ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<br>該当する欄にプルダウンで☑を選択して、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        | 令和8         | 年       | 12 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<br>該当する欄にプルダウンで☑を選択し、人数または〇を入れて下さい。                            | ※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事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 (〇で囲んでください。)                         |               |   |              | ( サービス提供責任者 |         | サービス提供者(ヘルパー) ) |     |
| 受講希望日程<br>プルダウンで選択してください。   | ✓  | 1 【A日程】9月1日(火)                                  |               |   |              |             |         |                 |     |
|   |  | 2 【B日程】9月12日(土)                                 |               |   |              |             |         |                 |     |
|   |  | 3 【C日程】10月18日(日)                                |               |   |              |             |         |                 |     |
|   |  | 4 【D日程】10月20日(火)                                |               |   |              |             |         |                 |     |
|   |  | 5 どこでもよい  |               |   |              |             |         |                 |     |
| 推薦理由<br>該当する欄にプルダウンで☑を選択してください。<br>※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 |   |              |             |         |                 |     |
|   | 無  |   |               |   |              |             |         |                 |     |

最後に〇や✓漏れがないか必ず確認をしてください。

※ 複数名申し込む場合はコピーしてご使用ください。