

下記の希望コースを必ず選択してください。

	岡山会場 8月土日コース
	津山会場 9月土日コース
	岡山会場10月平日コース
	総社会場11月土日コース
	岡山会場12月平日コース

受講区分:基礎研修

※該当するすべての項目について記入してください。(記入漏れがあった場合は、受講決定できない場合があります。)

令和7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7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 7 年 6 月 日

法 人 名			事 業 所 名		
事 業 所 所 在 地	〒		代 表 者 名		
事業所電話番号			事業所メールアドレス		
事業種別 (サービス種別)			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 ※1名の場合でも1人中1位と記載してください。	
ふりがな			人 中	位	
受講者氏名			生 年 月 日	S ・ H	年 月 日 性別 男 ・ 女
受講者住所	〒		電話番号		
オンデマンド配信 URL通知用 メールアドレス ※ 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。				
実 務 経 験 (証明書添付不要) 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
					年 月
					年 月
					年 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ヵ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	✓ ※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				
該当する欄に☑と予 定時期を入れて下さ い。	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	年 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	✓ ※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				
該当する欄に☑と 人数または○を入 れて下さい。	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業者養成研修過程 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 (○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))
実 践 研 修 の 受 講 希 望	✓ 強度行動障害支援者養成研修(実践研修)の受講申込みをしますか。(○で囲んでください。)				
推 薦 理 由 該当する欄に☑を 入れて下さい。 ※複数可	1 申し込む ※必ず、別途「実践研修」の申込書も提出ください。				
	○ 2 申し込まない				
	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してください。(有を選択した方は必ず記入してください。)		
	有 ・ 無				

※ 複数名申し込む場合はコピーしてご使用ください。