

岡山会場8月土日コース				受講区分:実践研修				
※該当するすべての項目について記入してください。(記入漏れがある場合は、				記入例				
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)実践研修) 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 5 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			代表者名	理事長 岡山 太郎			
	岡山 市 北区内山下〇〇番地〇							
	△△コーポ〇〇号							
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				
事業種別 (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 ※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 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 ※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。							
	momo-mo			@	pref.okayama.jp			
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	
	〇〇ヘルパーステーション		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		3 年 0 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	8 年 3 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		令和7 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	※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 人数または〇を入 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 (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)	)	
基礎研修の 受講状況	強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)の受講は修了していますか。(〇で囲んでください。)							
推薦理由 該当する欄に☑を 入れて下さい。 ※複数可	1 修了済 ※必ず、修了証の写しを添付してください。		2 同時受講 ※別途「基礎研修」の申込書で申し込んでください。					
	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。							
受講上の配慮等	配慮の有・無		配慮すべき事項があれば					
	無							

※ 複数名申し込む場合はコピーしてご使用ください。

最後に〇や✓漏れがないか
必ず確認をしてください。