**R2年度栃木県強度行動障害支援者養成研修（基礎）受講推薦書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **法人内優先順位****※１** | 受講者氏名 | 受講不可日　※２ | 車椅子等※３ | のぞみの園テキスト※4 | 特別な配慮事項（必要ない場合は記入不要） |
| 9/8～9 | 11/17～18 | 12/8～9 | 2/9～10 |
| **１** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **２** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **３** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **４** |  |  |  |  |  |  |  |  |

※１　法人内の受講希望者の『受講申込書』をとりまとめて、推薦書を作成してください。受講申込者多数の場合は、優先順位を勘案して受講決定いたします。

※２　受講が難しい日程がある場合のみ、不可日の欄に×を記載してください。申し込み人数により希望に添えない場合があります。

なお、受講決定後の日程変更はできませんので、ご了承ください。

※３　車椅子等を使用している場合は“有”、同行者がいらっしゃる場合は“同行有”と記入してください。使用していない場合は記入不要です。

※4　「強度行動障害支援者養成研修（基礎編）受講者用テキスト」（独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園発行）を当日購入希望の方は○を記載してください。

**上記の者について、申込書の内容について相違がないことを確認したうえで、受講者として推薦します。**

**令和　　　　　年　　　　月　　　　日**

**法人名**

**所在地**

**代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印**

●推薦書及び申込書に関する問い合わせ先●

申込代表者氏名：

連絡先（電話番号）：

問い合わせ担当者名：

**●受講決定通知送付先●**

**〒**

**※こちらに記載の住所あてに受講決定通知を送付しますので速やかに受講者に届く住所を御記入ください。**

**①推薦書、②事業所調書、③受講希望者分の受講申込書を同封して、申込先に一括で郵送してください。**