**R2年度強度行動障害支援者養成研修(基礎)**

**受講に関する事業所調書**

※事業所ごとに記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | | |
| 事業所  所在地 | 〒 | | | | 事業所  電話番号 | |  | |
| 事業種別 | １．行動援護　　　２．重度訪問介護　　　３．施設入所支援　　　４．短期入所  ５．共同生活援助　　　６．福祉型障害児入所支援　　　７．医療型障害児入所支援  ８．児童発達支援　　　９．就労支援　　　10.放デイ　　　11.　相談支　　　11.その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 事業所内の強度行動障害者支援者養成研修修了者数 | | | | 基礎研修修了者数　　　　　　　名 | | | | |
| 事業所の強度行動障害者支援者養成研修受講計画  ※研修の今年度の受講申込予定者数及び  来年度の受講予定について | | | | **今年度**の受講  申込予定者数 | | 基礎研修　　　　　　　　　名  実践研修　　　　　　　　　名 | | |
| **来年度**の受講  申込予定者数 | | 基礎研修　　　　　　　　　名  実践研修　　　　　　　　　名 | | |
| 事業所内の行動援護従業者養成研修修了者の有無 | | | | 有（　　　　　人）　・　　無 | | | | |
| 加算算定の有無  ※予定を含む | | 【施設入所支援】　重度障害者支援加算（Ⅱ） | | | | | | 有　・　無 |
| 【短期入所】　重度障害者支援加算 | | | | | | 有　・　無 |
| 【共同生活援助】　重度障害者支援加算 | | | | | | 有　・　無 |
| 【福祉型障害児入所支援】 | 重度障害児支援加算 | | | | | 有　・　無 |
| 強度行動障害児特別支援加算 | | | | | 有　・　無 |
| 【医療型障害児入所支援】　重度障害児支援加算 | | | | | | 有　・　無 |
| 記載内容の  問い合わせ先 | | TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名 | | | | | | |

※受講申込時には、必ず添付してください。