**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。