**R2年度栃木県強度行動障害支援者養成研修（基礎）受講申込書**

　※必ず本人が記載してください。なお、記載漏れがないようにご注意ください。

　※申込書記載の氏名及び生年月日で修了証書を交付しますので、間違いのないようにお願いします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者  氏　名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 性　別 | 男　・　女 | | 生年月日 | | S　・　H  　　　　年　　　月　　　日 |
|  |
| 申込者  住所 | 〒 | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | 職　　　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．児童発達支援　　７．就労支援　　　８放デイ　　9．相談支援　　　10．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 職　種 | １．サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者　　　２．生活支援員　３．指導指導員  ４．相談支援専門員　５．保育士　　6看護師　　7その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 実務経験 | 知的障害・児、精神障害者の直接支援業務の経験年数（通算）　　　　年　　　か月  ○強度行動障害のある人への支援経験　　　有　・　無 | | | | | | |
| 受講目的 | １．行動援護事業に従事　　　２．重度訪問介護事業に従事  ３．加算の算定（事業種別：　　　　　　　　　　　　加算名称：　　　　　　　　　　　　　　）  ４．強度行動障害児者への知識・技術の習得　　　５．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| その他 | 行動援護従業者養成研修受講の有無　　　　有（　平成　　　　年度）　・　無 | | | | | | |

●申込書に記載の個人情報は、名簿及び修了証書の作成等、今回の研修に関連することにのみ使用し、他の目的で使用することはありません。