**令和5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**

様式２

**※事業所ごとに記入してください ※フォームからの仮申し込みと整合性を持たせてください**

|  |  |
| --- | --- |
| 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.　相談支援　　　12．その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 事業所の強度行動障害者支援者養成研修受講計画　**今年度**の受講申込予定者数 |
| 基礎研修　　　　　　　　　名　　　　　　実践研修　　　　　　　　　名 |

**令和5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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **事業所内優先順位** ※１ | **受　講　者　氏　名　（フ　リ　ガ　ナ）** | **備考**（特別な配慮が必要な方） |
| **①** |  |  |
| **②** |  |  |
| **③** |  |  |

1. 事業所内の受講希望者をとりまとめて、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. 受講者はテキスト『強度行動障害支援者養成研修［基礎研修・実践研修］』（中央法規）が必要となります。

テキストは受講決定時、決定通知とともに協会から郵送します。

**上記の者について、申込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**

**事業所名**

**所在地　　〒**

**代表者又は施設長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞**

強行研修申込フォーム（様式１）のコピー、本紙（様式２）、受講申込提出書類チェックリストを同封して、**８月４日（金）までに郵送（必着）**してください。（手持ちでの受付はしておりません）