

## 令和 6 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 ※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 6 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。
- ※2 事業所内の受講希望者が 3 名以上の場合、3 名ごとに再度入力を行い、推薦状も 1 枚につき 3 名ごと記入してください。数回に分けて入力された、全ての受講希望者による\*優先順位表も記入してください。
- ※3 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。
- ※4 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

印