

令和7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査書

※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（ ）					

受講推薦書 兼 優先順位表

※事業所様で3名以上お申し込みの場合入力フォームは数回に分けて入力後、こちらで総合的な優先順位を記入してください。

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		
④		
⑤		
⑥		

※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 下

代表者又は施設長名

EP

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**7月22日（火）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）