**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書（再募集用）**

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（　　　　　　　　　　　　　） | | |

**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　　〒**

**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再募集用）を７月29日（火）17時までにFAX又は、メールにて申し込んでください。**