**令和3年度 北海道強度行動障がい支援者養成研修【基礎編】オンライン10/14-15**

**受講申込フォーム**

＊受講希望者は、このフォームを使用して、下記申込先まで、**メール添付**でお申し込みください。

＊同じ法人でも、事業所毎で別のフォームを使用してください。

＊1つのフォームに、４名まで申込者を書くことが出来ます。4名以上になる場合は、別のフォームを使用してください。また、複数名の申

込者を記載する場合は、受講させたい優先順位の高い人から記載してください。

　＊無記入があった場合、選考の対象とならないことがあります。

＊お知らせいただいた個人情報は、本研修の運営以外では使用しません。

＊申込の受領について、事務局よりメールでお知らせ致します。（受講の可否ではありません。）

＊受講の可否については、9月6日（月）頃に、メールでお知らせ致します。受講可となった方については受講番号を合わせてお知

　らせ致します。受講番号は、当日受付の際に必要となります。

＊受講可となった方は、所属長の推薦書を事務局まで郵送していただきます。推薦書の様式は、受講決定の通知と同時にお送りします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | 事業所名 |  |
| 事業種別 |  |
| 職員数（事業所） |  | 利用者数（事業所） |  |
| ふりがな施設長名 |  | ふりがな連絡者名 |  |
|  |  |
| 事業所所在地 | 〒 | TEL |  |
| FAX |  |
| メール |  |
| 申込受領通知及び受講可否連絡先※上記アドレスと同じ場合は同上と記載してください | 　メールアドレス　： |
|  |
| 優先順位 | 氏　　　名 | ふ　り　が　な | 性別 | 年齢 | 職名 | 経験年数 | 実践編受講希望 |
| １ |  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 |
| ２ |  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 |
| ３ |  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 |
| ４ |  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 |

※経験年数は、強度行動障がいのある方の支援に携わった年数をお書きください。

|  |  |
| --- | --- |
| 本研修への受講目的や理由をお書きください。 |  |
| 貴事業所における、強度行動障がいに該当する利用者の人数をお書きください。 | 人 | 貴事業所で、重度障害者支援加算（Ⅱ）等の算定をするために受講が必要な全職員数をお書きください。 | 人 | 左記の職員数の内、他会場を含む本研修【基礎編】を既に修了した人の人数をお書きください。 | 人 |
| 受講後、事業所へのコンサルテーションや研修等のフォローアップを希望されますか？ | 　　　　希望する　　　　　or　　　　　希望しない　　　　　（◯で囲んでください） |