**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） | | | | |