**令和4年度 北海道強度行動障がい支援者養成研修【基礎編】　12/1-2**

**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、11月18日（金）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、日々の、強度行動障害のある人への支援について困っていること等をお書きください。 | |  | | | | |
| 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） | | | | |