**令和３年度強度行動障害支援者養成研修受講申込書**

**（基礎研修）**

申込日：令和　　　年　　　月　　　日

法人所在地

法　人　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人代表者職・氏名

担当者名

連絡先（℡）

　令和３年度強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）について、次のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 | | 昭和  平成 　年　　　月　　　日 | |
| 受講者氏名 |  |
| 事業所名 |  | 電話番号 | |  | |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | |  | |
| 事業所  所在地 | 〒 | 優先順位  （１事業所から複数人お申し込みの場合は、右欄に優先順位をご記入ください） | | |  |
| 提供しているサービス種別 | （複数の場合は、主として提供しているものを先頭に記載してください） |  |  | | |
| 強度行動障害を有する利用者の有無 | | | □　有（　　　　）人　　□　無 | | |
| 強度行動障害を有する利用者への支援経験 | | | 年　　　　か月  （令和４年１月末現在） | | |
| 実践研修の連続受講 | □本年度実施の実践研修を連続受講する | ※別途、申込書（実践研修）を提出してください。チェックを入れただけの場合は無効になります。 | | | |
| 受講目的 | □　行動援護事業に従事　　　　　　　　　　　□　重度訪問介護事業に従事  □　重度障害者支援加算等の要件　　　　　□　強度行動障害に関する知識習得  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |

**受講者氏名、生年月日等誤りのないよう記入してください（修了証書の記載に反映するため）。**