

令和 年 月 日

山形県健康福祉部長 殿

推薦者 法人又は
事業所名 _____
住所 〒 _____

代表者 職名 _____
氏名 _____ 印

令和元年度山形県強度行動障がい支援者養成研修（実践研修）受講者推薦書
このことについて、下記のとおり受講者を推薦します。

記

| | | | |
|---|--|---------------------------|--------------------------|
| ふりがな | | 性別 | 生 年 月 日 |
| 受講者氏名 | | 男 女 | 昭和・平成 年 月 日 |
| 受講者住所 | 〒 _____ | | |
| 所属事業所名 | | | |
| 所属事業所 電話番号 | | 申込担当者氏名 | |
| 事業所種別 (該当するもの に○) | 行動援護、施設入所支援、短期入所、GH、居宅介護、重度訪問介護、同行援護、療養介護、生活介護、自立訓練、就労移行、就労継続A型、就労継続B型、就労定着支援、自立生活援助、相談支援、障害児入所施設、児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、居宅訪問型児童発達支援 | | |
| 事業所における強度行動障がいを有する利用者数（ _____ 名） ※厚生労働大臣が定める基準（平成18年厚生労働省告示第543号）の別表第2に掲げる行動関連項目の合計点数が10点以上（障がい児にあっては、これに相当する支援の度合）である者。 | | | |
| 現在の職種 ※1～5のいずれかに○ ※5の場合、職種名（生活支援員等）を記入 | 1. サービス管理責任者 2. 児童発達支援管理責任者 3. サービス提供責任者 4. 相談支援専門員 5. その他職種（職種名： _____） | | |
| 基礎研修の 修了状況 | 1. 山形県で基礎研修を修了した方は 右枠に修了年度を記載して下さい。 | 平成・令和 | 年度 |
| | 2. 山形県主催以外の基礎研修を修了した方は、右に受講都道府県、その他団体名と修了年度を記入し、 <u>修了証書の写しを添付して下さい。</u> | 都道府県名・その他団体名 (_____) | 修了年度 (平成・令和 _____ 年度) |
| 行動援護に係る資格要件上、研修の修了を要する場合は太枠内を記入ください | | | |
| 所有資格 (持っているものに○) | ・介護福祉士 ・実務者研修修了 ・介護職員基礎研修修了 ・居宅介護従業者養成研修1級課程修了・居宅介護従業者養成研修2級課程修了 | | |
| 実務経験 | 知的障がい児者、精神障がい児者の直接支援業務従事期間 通算 _____ 年 _____ 月 (R1.6月末現在) | | |
| 強度行動障がいを有する者を支援対象にした業務に | | 従事している ・ 従事する予定 | |
| 自閉症の方への直接支援業務に | | 従事している ・ 従事していた ・ 経験がない | |
| 同一事業所より複数名推薦の場合、受講優先順位を御記入ください。 | | | 優先順位 |
| 備 考 | ※ 車椅子使用等、事前に配慮を要することがありましたら御記入ください。 | | |