

記入例

山形県健康福祉部長 殿

推薦者 法人又は
事業所名 社会福祉法人 ○○
住所 〒990-XXXX
山形県山形市○○1丁目2-3
代表者 職名
氏名 理事長 山形 太郎

押印

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	かみのやま じろう	性別	生 年 月 日
受講者氏名	上山 二郎	男	昭和・平成 55年 1月 1日
受講者住所	〒 990 - XXXX 山形市△△9-10-11		
所属事業所名	障がい者支援施設 ○○		
所属事業所 電話番号	023-630-XXXX	申込担当者氏名	天童 三郎
事業所種別 (該当するもの に○)	<input checked="" type="checkbox"/> 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 ()	10 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:支援員)		
基礎研修の	1. 山形県で基礎研修を修了した方は		
平成(令和)元年度 県名・その他団体名) 度 (平成・令和 年度)			
太枠の項目は、行動援護に係るサービスを行う事業所にて、経過措置によりサービス提供者、サービス提供責任者として配置される方を把握するために設けています。 これに該当する方のみ、太枠内も御記入願います。 ※それ以外の方(行動援護サービス以外の事業所)は未記入で構いません。			
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 3 年 10 ヵ月 (R1.6月末現在)		
申込が定員を超過した際、受講者選定の参考にしますので、 同一事業所で複数名推薦される場合は必ず記入願います。 ※未記入の場合、優先順位が低くなりますので御注意ください。			
			従事している ・ 従事する予定 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。		