

記入例

別紙1

令和2年 月 日

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
電話番号 023-630-XXXX

押印

令和2年度山形県強度行動障がい支援者養成研修（基礎研修）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	生 年 月 日	
受講者氏名	上山 二郎	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 ○○		
問い合わせ先電話番号番号 (平日の日中連絡がつく番号)	023-630-□□□□	申込担当者氏名	山形 太郎
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、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、		
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。			
演習希望日程について ※受講希望の第1希望日に『1』を、第2希望日に『2』を、第3希望日に『3』と記入してください。(申し込み状況によっては必ずしも希望どおりになるとは限りません。)	1	令和2年9月24日(木)	
	2	令和2年9月25日(金)	
		令和2年10月1日(木)	
	3	令和2年10月2日(金)	
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)を記載	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:)		
行動援護従業者養成研修の修了の有無	有 (年度修了) ・ 無		
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		
自閉症の方に	経験がない		
今後、実践研修の受講を申込み予定	有 ・ 無 ・ 未定		
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 _____ 2 人中 _____ 1 位		
事業所内の強度行動障害者支援者養成研修修了者数	基礎研修修了者数 3 名		

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。

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
実務経験	・介護福祉士 ・ 実務者研修修了 ・介護職員基礎研修修了
備考	

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。