

令和5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 _____

令和5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		生 年 月 日
受講者氏名		昭和・平成 年 月 日
受講者住所	〒 _____	
所属事業所名		
所属事業所住所	〒 _____	
申込について	申込担当者	
	問い合わせ先電話番号 (平日の日中連絡がとれる番号)	
	F A X 番号	
	申込担当者メールアドレス	
事業所種別 (該当するものに○) ※複数従事している場合は、主に従事している事業を1つ選び記載すること	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、福祉サービス事業所等の連携医療機関	
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。		
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』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。)		令和5年11月1日(水)
		令和5年11月2日(木)
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: _____)	

基礎研修の 修了状況	山形県主催の基礎研修を修了した方は右枠 に修了年度、修了証書番号を記載してくだ さい。	平成・令和 年度 第 号
	今年度山形県主催の基礎研修を受講予定の方 は右枠に受講者番号を記載してください。	
	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、法人その他団体名と修 了年度を記入し、 <u>修了証書の写しを添付し てください。</u>	都道府県名・法人その他団体名 () 修了年度 (平成・令和 年度)
強度行動障がい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	
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 カ月 (R5.7月末現在)	
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	_____人中_____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 _____ 名	
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 ○)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	
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。	