|  |  |
| --- | --- |
| ※下の注意事項を十分御確認ください | （別紙2-2） |
| 平成30年度強度行動障害支援者養成研修（実践研修）受講申込書 |
| 平成30年　　月　　日 |
| （ふりがな） |  | 生年月日 | S・H 　年　　月　　日 |
| 申込者氏名（受講希望者） | ※1 | 印　 | 障害の有無※2 | □有　　□無 |
| 職名 |  |
| 福祉職としての経験年数 | □1～5年未満　　□5～10年未満　　□10年以上 |
| 法人・事業所名称※3 |  | 電話 | － －  |
| FAX |  － －  |
| 事業所種別 | □行動援護　　□障害者支援施設　　□共同生活援助 |
| □福祉型障害児入所施設　　□医療型障害児入所施設 |
| □短期入所　　□児童発達支援　　□放課後等デイサービス□生活介護　　□相談支援 |
| □その他（種別：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 基礎研修修了履歴※4 | 平成　　　年度修了（受講都道府県：　　　　　　　　） |
| 従事状況※5 | □現在，行動障害のある児者を支援している |
| □今後，行動障害のある児者を支援する予定 |
|  |
| 上の者を研修受講者として推薦します。※7（受講に係る優先順位　［　　］人中［　　］位） |
| ※8（推薦者） | 所在地 |  |
| 法人又は事業所名 |  |
| 代表者職・氏名 | 印　　　 |
|  |

【申込書記載にあたっての注意事項】

|  |
| --- |
| ※書類不備・記入漏れのある場合は申込を受付できない場合があります。 |
| ※受講決定後の申込事項の変更については対応できません。 |
| ※この申込書の内容に，受講に係る優先度を不当に引き上げる等の悪質な虚偽の申告が認められた場合，受講申込の取り消し，今後申込を受付けない等の対応をさせていただくことがあります。 |
| ※1 | ◆氏名は修了証書に使用するため，略字等は使用せず，明確な文字で記載してください。 |
| ※2 | ◆障害の有無について「有」とした場合で，受講に際して合理的な配慮が必要な場合は，「別紙3」を併せて提出してください。 |
| ※3 | ◆現在，従事している事業所の名称を記載してください。複数の事業所に従事している場合は，連絡が取りやすい事業所を記載してください。 |
| ※4 | ◆強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）の修了年度を記載してください。（必ず修了証書の写しを添付してください） |
| ※5 | ◆現在，従事している事業所（施設）に支援を必要とする行動障害のある児者の利用がある場合には「現在～」を選択してください。◆現在，従事している事業所（施設）に支援を必要とする行動障害のある児者の利用がない場合には「今後～」を選択してください。 |
| ※6 | ◆所属事業所（施設）単位での推薦としてください。◆優先順位は，推薦者ごとに，受講希望者全員の人数とそれぞれの受講に係る優先順位を，必ず記入してください。◆推薦者が受講希望者1人を推薦する場合には『［1］人中［1］位』と記載してください。◆推薦者があっても，優先順位の記載がない場合は，2位以下として調整しますので御注意ください。 |
| ※7 | ◆事業所（施設）からの推薦がない場合は空欄としてください。（※受講申込が定員を超えた場合，受講決定に際しては推薦のある者を優先します） |

　（別紙3）

障害のある受講者の合理的配慮の申出書

研修の受講にあたり，合理的配慮が必要な場合は，下記の項目に必要事項を記入の上，研修受講申込書とともに提出してください。

なお，この申出書を提出された人には，詳細について直接確認を取らせていただく場合があること，申出に対して十分対応しきれない場合もあることを予め御了承ください。

※該当する項目を○で囲んでください。

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 受講希望者氏名 | 　 |
| 本人の状況 | 障害分野 | 身体 ・ 知的 ・ 精神 |
| 障害の種類 | ・視覚障害・聴覚障害・肢体不自由・内部障害・その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 使用補装具等 | ・車いす・電動車いす・盲導犬・介助犬・その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 配慮を希望する事項 | 拡大文字資料 | 要 　・　 不要 |
| 点字資料 | 要 　・　 不要 |
| 要約筆記者 | 要 　・　 不要 |
| 手話通訳者 | 要 　・　 不要 |
| その他 |  |