

令和 年 月 日

山形県知的障害者福祉協会長 殿

推薦者 法人又は
事業所名

住所 〒

代表者 職名
氏名

印

電話番号

(問合せ担当者名

※受講者以外の場合に記入)

令和元年度山形県知的障害者福祉協会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		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			
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		
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(平成 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。		