

平成 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)

平成30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	〒 ー		
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、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。		