

平成28年度 熊本県強度行動障害支援者養成研修（実践研修） 受講申込書

【お申し込みにおける注意事項】

- ・強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）の修了証書のコピーを添付してください。
- ・本研修の基礎研修を修了した者かつ実践研修を修了した者は、行動援護従業者養成研修を修了したものとみなされます。

平成29年 1月 30日

ふりがな 受講者氏名	くまもと たろう														
	熊本 太郎														
生年月日	(S) ・ H 45年 6月 7日	性別	(男) ・ 女												
事業者名 (法人名)	社会福祉法人 水前寺														
事業所名	障害者支援施設 肥後														
事業所指定番号	43 <u>12345678</u>														
事業所種別 ※該当するものに○	居宅介護、同行援護、行動援護、療養介護、 <u>生活介護</u> 、短期入所、 <u>施設入所支援</u> 、 自立訓練、就労移行、就労継続A型、就労継続B型、グループホーム、相談支援、 児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、 障害児入所施設														
事業所 所在地	(〒 <u>862 - 8570</u>) 住所 <u>熊本市中央区水前寺6丁目18-1</u> TEL <u>096-123-4567</u> FAX <u>096-765-4321</u>														
現在の職種 ※1～5のいずれかに○。 ※5の場合、職種名 (管理者等)を記載。	① サービス管理責任者として従事している。 ② 児童発達支援管理責任者として従事している。 ③ サービス提供責任者として従事している。 ④ 生活支援員として従事している。 ⑤ その他職種として従事している。(職種名:)														
障害福祉サービス事業所等での 通算実務経験	<u>8</u> 年 <u>9</u> ヶ月 (平成28年12月末現在)	基礎研修 修了履歴	①平成27年度修了(受講都道府県: <u>熊本県</u>) ※「 <u>修了証明書(写し)</u> 」を添付してください ②平成29年2月 受講予定の方 受講番号をご記入ください()												
備考	※障がい等により、特別な措置が必要な方はお知らせください <u>車いす使用(身体障害者手帳所持)</u>														
<p><「強度行動障害判定基準表」による事業所利用者の状況> ※別紙、「強度行動障害判定基準表」により、貴事業所利用者全てについて判定を行い、合計点数毎の人数について、記入してください。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">20点以上</td> <td style="text-align: center;"><u>5</u>名</td> <td style="text-align: center;">15～19点</td> <td style="text-align: center;"><u>10</u>名</td> <td style="text-align: center;">10～14点</td> <td style="text-align: center;"><u>15</u>名</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5～9点</td> <td style="text-align: center;"><u>8</u>名</td> <td style="text-align: center;">4点以下</td> <td style="text-align: center;"><u>2</u>名</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				20点以上	<u>5</u> 名	15～19点	<u>10</u> 名	10～14点	<u>15</u> 名	5～9点	<u>8</u> 名	4点以下	<u>2</u> 名		
20点以上	<u>5</u> 名	15～19点	<u>10</u> 名	10～14点	<u>15</u> 名										
5～9点	<u>8</u> 名	4点以下	<u>2</u> 名												

【送付先】

《郵 送》〒862-0926 熊本市中央区保田窪1-10-38

公益財団法人 総合健康推進財団 九州支部 熊本県強度行動障害支援者養成研修 係

《F A X》096-386-7127