

記入例

平成30年度 熊本県強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）  
受講申込書

平成30年度 熊本県強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）について、下記のとおり受講を申し込みます。

平成30年 8月 10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 ※1～4のいずれかに○。 ※4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 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>5</u> 年 <u>6</u> ヶ月 (平成30年10月末現在)		
<p>&lt;「強度行動障害判定基準表」による事業所利用者の状況&gt; ※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> <p>20点以上 <u>5</u>名                      5～9点 <u>8</u>名 15～19点 <u>10</u>名                      4点以下 <u>2</u>名 10～14点 <u>15</u>名</p>			

送付先：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  
〒862-0926 熊本市中央区保田窪1-10-38  
FAX 096-386-7127