

令和6年 月 日

山形県健康福祉部長 殿

推薦者 法人又は
事業所名 _____
住所 〒 _____
代表者 職名 _____
氏名 _____
電話番号 _____

令和6年度山形県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	生 年 月 日	
受講者氏名	昭和・平成 年 月 日	
受講者住所	〒 ー	
所属事業所名		
所属事業所住所	〒 ー	
申込について	申込担当者	
	問い合わせ先電話番号 (平日の日中連絡がとれる番号)	
	FAX 番号	
	申込担当者メールアドレス	
事業所種別 (受講者が主に 従事しているもの の1つに○)	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、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。		
演習希望日程について ※受講希望の第1希望日に『1』を、第2希望日に『2』を、第3希望日に『3』と記入してください。(申し込み状況によっては必ずしも希望どおりになるとは限りません。)		令和6年8月1日(木)、2日(金) 令和6年8月27日(火)、28日(水) 令和6年9月5日(木)、6日(金)
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 (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
実務経験	知的障がい児者、精神障がい児者の直接支援業務従事期間 通算 年 カ月 (R6.4月末現在)
今後、実践研修の受講を申込み予定	有 ・ 無 ・ 未定
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 _____人中_____位
事業所内の強度行動障害者支援者養成研修修了者数	基礎研修修了者数 _____名
行動援護に係る資格要件上、研修の修了を要する場合は太枠内を記入ください	
所有資格 (持っているものに ○)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護福祉士 ・ 実務者研修修了 ・ 介護職員基礎研修修了 ・ 居宅介護従業者養成研修1級課程修了・居宅介護従業者養成研修2級課程修了
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。