ＦＡＸ ０７５－２５２－６３１２ 京都府福祉人材・研修センター研修課
送信後、着信確認(TEL 075-252-6296)をお願いします

令和3年度 強度行動障害支援者養成研修(実践研修)参加申込書

◆申込期限:令和3年6月18日(金)午後5時まで

【事業所について】

法 人 名	
事業所名	
担当者氏名	
住所	〒
TEL(FAX)	(FAX)
下記申込者の優先順位	位 ／ 人中 (同一事業所内に複数名のお申込みがある場合記入)
今年度の受講理由	

【参加申込者について】

ふりがな 氏 名		生年月日 (和暦)	年 月 日
基礎研修修了番号		□基礎研修受講中の方:受講番号( )	
WEB 講義 視聴環境※	□WEB講義の受講が可能 □視聴環境に課題があり、受講が不可能(受講決定通知時に個別に案内します。)		
希望コース	□どちらでも可 □1コース(WEB 講義＋8/18.19) □2コース(WEB 講義＋9/21.22)		
事業種別	(居宅介護・就労継続 A 型事業所等)		
職 名	(サービス管理責任者・生活支援員 等)		
現在有する 関係資格 (資格所得年数)	□介護職員初任者研修等(ホームヘルパー2級等含む) 資格所得年数(年) □社会福祉士 (年) □介護福祉士 (年) □看護師・医師 (年) □その他( )(年)		
次の直接支援 業務内容	□ホームヘルプ業務(知的・精神・身体) □障害者施設(通所系、入所系) □その他( ) 直接支援業務経験年数( )年		

【受 講 配 慮 に つ い て】 いずれかに○印を願います。 希望される場合は必ず本申込書にて事前に内容と共に記載してください。記載がない場合、対応ができないことがあります。	有 受講配慮内容 (例.手話通訳、拡大文字、車椅子、杖使用、障害や健康状態など)	無

【テキストの購入について】使用テキスト:「強度行動障害のある人の「暮らし」を支える－強度行動障害支援者養成研修[基礎研修・実践研修]テキスト－」(中央法規出版)」(基礎研修と同一)	□購入する □購入済み

研修受講に関する同意 (同意の上、□にチェック☑を御記入ください。)	受講する職員の体調管理に十分留意し、体調の優れない職員を受講させません。当日研修会場で著しく体調不良が見られる場合、事務局より受講をお断りする場合があることを了承します。 □以上を確認し、同意します。

※WEB 講義とは、インターネットに接続されたパソコン又は携帯・スマートフォン等を用いて、動画を視聴することにより受講するものです。
※参加申込書に記載された個人情報は、当研修の適正かつ円滑な実施、修了証書交付及び受講管理の目的のみに利用させていただきます。
※同事業所から複数名申込まれる場合は、複数枚コピーしてご提出ください。