**令和５年度和歌山県強度行動障害支援施設職員養成研修（連続研修）受講推薦書**

令和　　年 　月　　日

和歌山県知事　様

法人住所：〒

所属法人名：

法人代表者名：

担当者名：

電話番号：

和歌山県実施の強度行動障害支援施設職員養成（連続研修）の受講者として、下記の者を推薦します。

＜事業所情報＞

|  |  |
| --- | --- |
| 受講する施設・事業所名称 |  |
| 実施している障害福祉サービス等事業 |  |
| 連絡先（通知等送付先及び照会等の連絡先） | （〒　　　　　　　－　　　　　　）住所：TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX:E-mail:（E-mailについては、必ず連絡が取れるアドレスを記載すること。） |
| 所属事業所で実施している取組 | 次に記載している取組内容で実施している内容がある場合は選んでください。□　構造化　　　□　トークンシステム　□　ワークシステム　　□　支援手順書の作成　□　ＡＢＡを使用した分析、支援計画等作成 |

（別紙についての記載、添付の上、推薦書を提出すること。）

別紙

＜受講者情報１＞

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな受講希望者氏名 |  |
|  |
| 生年月日 | Ｓ　・　Ｈ　　　　年　　　　　月　　　　　日 | 性別 |  |
| 受講者が従事している事業種別（複数従事している場合は、主に従事している事業を記載） |  |
| 受講者の役職名 |  |
| 行動障害支援に係る研修受講状況 | 次に記載した研修で、受講希望者が受講、修了したものにレ点を入れてください。□　和歌山県強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）□　和歌山県強度行動障害支援者養成研修（実践研修） |

＜受講者情報２＞

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな受講希望者氏名 |  |
|  |
| 生年月日 | Ｓ　・　Ｈ　　　　年　　　　　月　　　　　日 | 性別 |  |
| 受講者が従事している事業種別（複数従事している場合は、主に従事している事業を記載） |  |
| 受講者の役職名 |  |
| 行動障害支援に係る研修受講状況 | 次に記載した研修で、受講希望者が受講、修了したものにレ点を入れてください。□　和歌山県強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）□　和歌山県強度行動障害支援者養成研修（実践研修） |