**令和４年度和歌山県強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）受講推薦書**

令和　　年 　 月　　日

和歌山県知事　様

法人住所：〒

法 人 名：

法人代表者名：

担当者名：

電話番号：

E – mail ：

令和４年度和歌山県強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）の受講者として、下記の者を推薦します。なお、申し込み多数により受講できない場合があることを了承します。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな受講希望者氏名 |  |
|  |
| 生年月日 | Ｓ　・　Ｈ　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 所属事業所名 |  | （所属している事業所名を正しく記載すること。また、複数事業所を兼務している場合は、主に従事している事業所名１つ記載すること。） |
| 所属事業所住所 | （〒　　　　　　　－　　　　　　） |
| 連絡先（通知等送付先及び照会等の連絡先）（上記法人住所等と同じ場合は空欄で可） | （〒　　　　　　　－　　　　　　）連絡先(事業所名等)：住　　所：電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　E - mail: |
| 受講希望者が従事している事業種別（別紙から選択すること。なお、複数従事している場合は、主に従事している事業を記載すること。） |  |
| 受講希望者の役職名 |  |
| 実務経験（支援経験が無い場合は、０年０か月というように記載し、空欄としないこと。） | 行動障害を有する者への支援経験年数 | 　　　　　年　　　　か月（Ｒ4.9.1見込み） |
| 障害福祉サービス事業所等での通算支援経験年数 | 　　　　　年　　　　か月（Ｒ4.9.1見込み） |
| 研修受講対象者区分及び区分における法人内推薦順位（法人内推薦順位について、１人の申込の場合は１位／１人中と記載し、空欄としないこと。）※法人内推薦順位については、選考の参考とするものであって、必ずしも１位の者が本研修を受講できるとは限りません。 | 該当する区分を選び、番号に○をしてください |
| ア　独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園等が実施する強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）指導者養成研修修了者（この要件に該当する場合は、修了証等の写しを添付すること）　　※区分アに該当する場合は県障害福祉課まで確認すること |
| イ　平成２６、２７年度和歌山県行動障害支援者養成研修（連続研修）又は平成２８、２９、３０年度、令和元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）受講者　　　　　　　　　　　（受講年度：　　　　年） |
| ウ　平成２８、２９、３０年度、令和元年度和歌山県強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）プレ研修受講者　　　　　　　　（受講年度：　　　　年） |
| エ　その他（上記に該当しないもの） |
| 区分エにおける法人内推薦順位：　　　　　位／　　　人中 |
| 和歌山県等が実施する行動障害支援に係る研修受講状況※※ | 次に記載の研修で受講希望者が受講済のもの　※修了証等の写しの提出は不要□　行動援護従事者養成研修□　重度訪問介護従業者養成研修（行動障害支援課程）□　相談支援従事者初任者研修□　サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者研修　今後の実践研修（今年度実施未定）について受講を　□　希望する　　　　　□　希望しない　※実施する場合は別途ご案内する予定です。 |
| 法人内に強度行動障害支援者養成研修受講済みの者　基礎研修（　　　　名）　　　　　　　　　実践研修（　　　　名） |
| 研修受講の際の配慮 | □　手話通訳□　要約筆記□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

別紙

　受講推薦書に記載する事業種別については、下記の項目から記入するものとする。

　＜障害福祉サービス事業所等＞

　　行動援護

　　施設入所支援（障害者支援施設）

　　短期入所

　　共同生活援助（グループホーム）

　　生活介護

　　福祉型障害児入所支援

　　児童発達支援

　　放課後等デイサービス

　　計画相談支援

障害児相談支援

　　その他（※詳細を記入すること）

＜連携医療機関等＞

病院

診療所

介護老人保健施設

その他（※詳細を記入すること）