

強度行動障害 支援者養成研修基礎・実践研修 受講生募集

強度行動障害を有する方に対し、適切な支援を行う職員の人材育成を目的とする強度行動障害支援者養成研修(基礎研修・実践研修)の受講生を募集致します。現職の方だけではなく障害分野での就業を希望する方も受講可能です。

【研修概要】

| | |
|------------------------|---|
| 研修名 | 強度行動障害支援者養成研修 基礎研修・実践研修 |
| 募集期間 | 【基礎】5月16日(月)～6月16日(木) 【実践】8月1日(月)～9月1日(木) |
| 日程 | 【基礎】6月23日(木)、6月30日(木) 【実践】9月7日(水)、9月15日(木) |
| 定員 | 20名 |
| 受講料 (基礎・実践 それぞれ) | ①13,520円(税込み、テキスト代込み) ②既にテキストをお持ちの場合や、実践から受講する場合、10,000円となります。 |

【申込方法】

- ①郵送の場合:申込用紙に必要事項をご記入の上、封書にて以下の住所にお申込み下さい。
- ②スマートフォンの場合:右のQRコードからお進みいただき、googleフォームにご記入下さい。画面右下の鉛筆マークは、編集用ですのでご注意ください。
- ③パソコンの場合:本校ホームページにあるお知らせ欄からお進みいただき、googleフォームにご記入下さい。
- ④その他:個人情報誤送信防止の為、FAXでのお申込みはご遠慮ください。

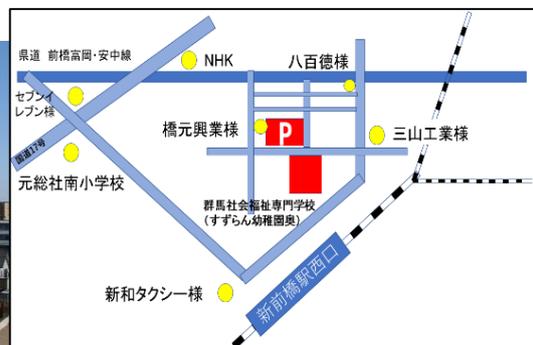


【注意事項】

1. 欠席・欠課の場合は修了認定することができません。2. 時節柄、発熱・体調不良の場合は出席をご遠慮いただくことがございます。その際は、補講を実施致します。3. 新型コロナウイルス感染拡大防止のため、日程の延期・変更をすることがあります。

【研修会場】新前橋駅西口より徒歩約5分 無料駐車場あり

学校法人昌賢学園
群馬社会福祉専門学校
元総社キャンパス
電話 027-253-0345
住所 371-0846
前橋市元総社町152



令和4年度強度行動障害支援者養成研修受講申込書(基礎研修)
＜両毛会場・元総社会場＞どちらかに○

申込日: 令和 年 月 日

法人所在地

法人名

法人代表者職・氏名

担当者名

連絡先(Tel)

令和4年度強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)について、次のとおり申し込みます。

| | | | |
|---------------------|--|---|---|
| フリガナ | | | |
| 受講者氏名 | | 生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 事業所名 | | 電話番号 | |
| | | メールアドレス | |
| 事業所所在地 | 〒 | 優先順位 (1事業所から複数人お申し込みの場合は、右欄に優先順位をご記入ください) | |
| 提供しているサービス種別 | (複数の場合は、主として提供しているものを先頭に記載してください) | | |
| 強度行動障害を有する利用者の有無 | | | <input type="checkbox"/> 有()人 <input type="checkbox"/> 無 |
| 強度行動障害を有する利用者への支援経験 | | | 年 月 (令和4年1月末現在) |
| 実践研修の連続受講 | <input type="checkbox"/> 本年度実施の実践研修を連続受講する | ※別途、申込書(実践研修)を提出してください。チェックを入れただけの場合は無効になります。 | |
| 受講目的 | <input type="checkbox"/> 行動援護事業に従事 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護事業に従事 <input type="checkbox"/> 重度障害者支援加算等の要件 <input type="checkbox"/> 強度行動障害に関する知識習得 <input type="checkbox"/> その他() | | |

受講者氏名、生年月日等誤りのないよう記入してください(修了証書の記載に反映するため)。

令和4年度強度行動障害支援者養成研修受講申込書(実践研修)
＜両毛会場・元総社会場＞どちらかに○

申込日: 令和 年 月 日

法人所在地

法人名

法人代表者職・氏名

担当者名

連絡先(Tel)

令和4年度強度行動障害支援者養成研修(実践研修)について、次のとおり申し込みます。

| | | | |
|---------------------|---|---|---|
| フリガナ | | | |
| 受講者氏名 | | 生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 事業所名 | | 電話番号 | |
| | | メールアドレス | |
| 事業所所在地 | 〒 | 優先順位 (1事業所から複数人お申し込みの場合は、右欄に優先順位をご記入ください) | |
| 提供しているサービス種別 | (複数の場合は、主として提供しているものを先頭に記載してください) | | |
| 強度行動障害を有する利用者の有無 | | | <input type="checkbox"/> 有()人 <input type="checkbox"/> 無 |
| 強度行動障害を有する利用者への支援経験 | | | 年 月 (令和4年1月末現在) |
| 基礎研修の修了状況 | <input type="checkbox"/> すでに修了している <small>(※基礎研修の修了証の写しの添付がない場合は無効)</small> <input type="checkbox"/> 本年度実施の基礎研修から連続受講する | ※基礎研修から連続受講する場合、別途、申込手続きが必要です。チェックを入れただけの場合は無効になります。 | |
| 受講目的 | <input type="checkbox"/> 行動援護事業に従事 <input type="checkbox"/> 重度障害者支援加算等の要件 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 重度訪問介護事業に従事 <input type="checkbox"/> 強度行動障害に関する知識習得 | |

受講者氏名、生年月日等誤りのないよう記入してください(修了証書の記載に反映するため)。