平成29年度強度行動障害支援者養成研修受講計画

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の名称 |  |
| 事業所の所在地 |  |
| 連絡先 | 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 受講予定職員 | 研修の受講予定（注２） |
| 職種 | 氏名 | 基礎研修（平成29年7月実施済み） | 基礎研修（平成29年11月開催予定分） | 実践研修（注３）（平成30年2月開催予定分） |
| ※記入例 |  |  |  |  |
| 生活支援員 | 高知　一郎 | 受講済 |  | ① |
| 生活支援員 | 土佐　二郎 |  | ① | ② |
| 生活支援員 | 黒潮　三郎 |  | ② |  |
| 生活支援員 | 鰹　四郎 |  | ③ |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

　（注１）　太枠内に必要事項を記入をしてください。

　（注２）　「研修の受講予定」欄には、事業所内の優先順位を記載してください。

　　　　　　（記入例：平成29年6月に実施した基礎研修を「高知一郎」が修了しており、平成29年10月開催予定分の基礎研修を、「土佐二郎」「黒潮三郎」「鰹四郎」の3名が受講する予定であり、優先順位は、「土佐二郎」が第1位、「黒潮三郎」が第2位、「鰹四郎」が第3位の場合）

　　　　※　基礎研修及び実践研修ともに、定員は概ね60名程度となっております。そのため、全ての受講希望にお応えできない可能性があります。

　（注３）　「実践研修」は、「基礎研修」を修了した者でなければ受講することができません。

　（注４）　行が不足する場合は、適宜追加してください。