（別紙３）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　社会福祉法人 はるにれの里

**令和６年度　北海道行動援護従業者養成研修　受講申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 研　修　日　程 | 募集期間**（指定期日外の受付不可）** |
| **第１回** | 令和６年 | 5月29日、30日、6月12日、13日 | 3月29日～5月6日必着 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　別 | 生　年　月　日 |
| 氏　名 |  | 男・女 | 昭和 ・ 平成 |
| 　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| **↑** 全研修過程修了者に発行する「修了証書」に上記 **氏名**、**生年月日**が記載されます。旧字体等正しく記載して下さい **↑** |
| 法人種別（例：社会福祉法人、株式会社、等） |  |
| 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所住所 | 〒 |
| 連絡先電話番号 |  |
| 連絡先FAX |  |
| 連絡先メール |  |
| 申込担当者（職名・氏名） |  |
| 事業種別 | 行動援護（事業所番号　　　　　　　　　　）　　　　居宅介護等短期入所等　・　施設入所等　・　生活介護等　・　共同生活援助等児童発達（放課後デイ）等　・　その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| ※行動援護事業所のみ記入 | 事業所の行動援護従業者（ヘルパー）総数　（　　　　名）　　内、行動援護従業者研修修了者数　　　　（　　　　名）　　　　行動援護従業者研修未受講者数　　　（　　　　名） |
| ※行動援護事業所以外が記入 | 行動援護事業の実施予定あり（　　年　　月頃 ・ 時期未定 ） ・ なし ・ 法人他事業で実施 |
| フォローアップ研修の希望 | あり　　　　・　　　　なし |
| 受講を希望する理由【**必須**】※選考の際に参考としますので受講しなければならない状況について具体的に記載してください |  |
| 研修事前トライアル参加日程の希望【**必須**】（いずれか１つに〇をつけてください）※参加が難しい場合は事務局に連絡をお願いします。 | 5/20(月)10:00～11:00　　5/22(水)18:00～19:00　　5/24(金)10:00～11:00 |

受講申込者に関すること

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職種名 |  | 主な業務内容 |  |
| 行動援護従業状況 | 行動援護現任従業者　・　従業予定者（　　　　年　　　月）　・　現在は行動援護従業なし |
| 障がい福祉経験年数 | 　　年　　カ月 | 左記のうち行動援護経験年数 | 　　年　　カ月 | 法人から今回研修に複数名応募している場合の受講優先順位 | 人中　　位 |

留意事項（下記内容を提出の前に必ずご確認ください）

※選択肢のある項目には、該当箇所に〇をつけてください

※記入漏れがある場合は、受付できないことや、選考時に不利となることがあります

※**事実に反する記載があった場合には、受講を取り消しとすることがあります**

※メール送付の際、本様式を本文に貼付せず、ワードデータもしくはPDFデータ添付してください

※申込者１名につき、**メール１通ずつ**申込してください。メール件名は**「行動援護研修申込」**としてください

送付先メールアドレス　fkn@harunire.or.jp 　はるにれの里行動援護従業者養成研修事務局

以下、事務局記載欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付番号 |  | 採否 |  | 受付完了メール |  | 受講可否通知 |  |