

平成 31 年度 はるにれの里行動援護従業者養成研修フォローアップ研修説明書兼申込書

平成 31 年度はるにれの里行動援護従業者養成研修（以下、養成研修）受講者の内、希望する者はフォローアップ研修を受けることができるものとする。

フォローアップ研修説明書

研修事業者	社会福祉法人 はるにれの里（研修協力：さっぽろ行動援護ネットワーク）
研修提供者	養成研修講師・インストラクターの内から研修提供者にて派遣者を選定（派遣者の指名は不可）
研修受講者	養成研修受講者の内、希望する者（対象者の所属する事業所）
研修期間	養成研修終了日から当該年度以内にて、受講者と提供者の都合の合う日（1回半日以内） 但し、年度内での終了を原則とする
研修回数	原則1回まで（複数回の派遣の希望がある場合には、別途検討を行う）
研修費用	1万円（複数回実施の場合は、2回目以降、都度5千円追加必要）
派遣交通費	公共交通機関での移動の場合は、実費徴収。日帰りでの派遣が難しい場合には、宿泊実費徴収車での移動の場合は、総走行距離（ km ） $\times 17$ 円徴収（Googleマップにて算定） 高速道路使用必要の場合は、実費徴収
費用支払い	研修費用、派遣交通費等を合わせた総額を研修実施前に通知 研修実施前までにゆうちょ銀行指定口座へ送金、振込にて支払（振込手数料は研修受講者負担） 研修受講者側の都合によるキャンセルの場合、費用の返還は行うことはできない 行動援護提供場面の同行時にかかる講師の諸費用は、研修受講者による負担（当日現金精算）
研修内容	特に定めず研修受講者が希望する内容に対し、可能な限り応じる 但し、研修提供者が直接支援に係ることを行うことはできない サービス中に係る事故等における責任、賠償等は一切負うことはできない 具体例 ①行動援護提供場面の同行による助言 ②事業所内における研修講師 ③事例検討における助言 ④その他
その他	日程調整の折り合いがつかない等の理由により、研修事業者の判断により研修を実施できない場合もあり得るものとする その他研修全般に係る疑義等は、研修提供者と研修受講者との協議において決めるものとする

フォローアップ研修申込書

上記説明書の内容に同意の上、事業所責任者の判断の上、フォローアップ研修の申し込みを行います

法人名			
事業所名			
事業所責任者（職名・氏名・押印必須）			印
担当者（職名・氏名）			
電話番号 / FAX 番号			
メールアドレス			
養成研修受講回（該当回に○）	平成 31 年度（第 1 2 3 回）		
養成研修受講者氏名			
研修希望日（候補を3つ以上記入） 例：7/7（土）13:00～16:00			
研修内容希望（具体的に） 例：西区プール外出同行における助言			
派遣先施設（会場）名、住所 例：居宅介護事業所〇〇 石狩市花川3-3			
その他、通信欄			
同意チェック欄 右記内容を確認の上、□に✓を記入	<input type="checkbox"/>	研修事業者により研修時の撮影を受けること、またはるにれの里、さっぽろ行動援護ネットワークのホームページ上に写真掲載される場合があること（但し、利用者個人が特定されないことがないよう配慮の上）を承諾します。	

以下、はるにれの里行動援護従業者養成研修事務局記載欄

受付日		実施可否		派遣者		費用	
研修費（実施日/時間）							
交通費							
実費							
備考					請求額合計		