

『中核的人材養成 OJT プログラム札幌』 申込書

○ お申し込みが可能な参加対象者は以下となります。

強度行動障がい者のある方（主に成人期）を支援している札幌市内の障がい福祉サービス事業所（※1）に所属し、事業所においてリーダー的立場（※2）の方。

※1 施設入所、共同生活援助（グループホーム）、生活介護、行動援護・居宅介護、就労継続支援 B 型事業所等

※2 北海道強度行動障がい支援者養成研修、または、北海道行動援護従業者養成研修を受講済の方で、サービス管理責任者、サービス提供責任者等チームのリーダー的立場

申込期間 令和 5 年 6 月 30 日～7 月 30 日まで（受講決定日 7 月 31 日）

申込方法 郵送、もしくは、メール（本データ添付）でのご連絡。

※ 内容等ご不明な点がございましたら、事前にお問い合わせください。

2つの研修コースがあります。ご希望のコースにお申込みください。

Iにお申込みのリーダー的立場の方は以下にご記入をお願いします。

	役職名	お名前	所属機関名
参加を希望する方			
	サービス種別	住所	電話番号
プログラム当日つながる電話番号			
メールアドレス (送付資料が受け取れるメールアドレス)			
受講理由			

○ 北海道強度行動障がい支援者養成研修、北海道行動援護従業者養成研修のどちらを受講されましたか。
()

○ 北海道強度行動障がい支援者養成研修、または、北海道行動援護従業者養成研修受講年度
() 年

○ 北海道強度行動障がい支援者養成研修、または、北海道行動援護従業者養成研修受講研修事業者名
()

○ 支援の経験年数 () 年

○ 前半研修 (8/8、8/17、8/22、8/29) はすべて受講可能ですか。 (可 ・ 否)

○ 後半研修 (9/5、9/12、9/19、9/26) はすべて受講可能ですか。 (可 ・ 否)

※ 後半研修の 4 日間の受講が困難な場合、ご希望される日を以下にご記入ください (9 月中)。

--	--	--	--

Iにお申込みの**管理者的立場**の方は以下にご記入をお願いします。

	役職名	お名前	所属機関名
参加を希望する方			
	サービス種別	住所	電話番号
プログラム当日つながる電話番号			
メールアドレス (送付資料が受け取れるメールアドレス)			
お申込みのリーダー的立場の方を推薦された理由			
事業所の課題と取り組みを強化したいとお考えのこと			

○ 一部プログラム (8/8 午前、8/29) は受講可能ですか。 (可 ・ 否)

○ 該当する強度行動障がいをもつ利用者や事業所と関わっている相談支援事業所相談員の受講を推奨しています。相談員の受講は可能ですか。 (可 ・ 否)

可の場合

	お名前	所属機関	お立場
参加を希望する相談員の方			
プログラム当日つながる電話番号			
メールアドレス (送付資料が受け取れるメールアドレス)			

IIにお申し込みの方

	役職名	お名前	所属機関名
参加を希望する方			
	サービス種別	住所	電話番号
プログラム当日つながる電話番号			
メールアドレス (送付資料が受け取れるメールアドレス)			
受講理由			

○ 全プログラム（8/8、8/17 午後、8/29 午後）は受講可能ですか。 (可 ・ 否)

上記の内容をご確認、ご承諾の上、プログラムへの参加を希望されるリーダー的立場の方は、チェックをお願いします。

上記の内容をご確認、ご承諾の上、プログラムへの参加を希望される管理者的立場の方は、チェックをお願いします（Iのみ）。

お問い合わせ・お申込み

〒007 - 0032 札幌市東区東雁来 12 条 4 丁目 1-5

社会福祉法人はるにれの里 札幌市自閉症・発達障がい支援センターおがる

担当 牧田・石田

TEL 080 - 3694-1950 Mail ke@harunire.or.jp