

北海道行動援護従業者養成研修カリキュラム日程表

日 程	研 修 日 時			時 間	科 目 名
	月 日	曜 日	時分～時分		
1 日 目	6月2日	水	8：50～9：00	—	オリエンテーション
	6月2日	水	9：00～10：30	1.5	強度行動障害の理解
	6月2日	水	10：40～12：10	1.5	支援のアイデア
	6月2日	水	13：10～15：20	2	強度行動障害の理解
	6月2日	水	15：30～16：30	1	基本的な情報収集
2 日 目	6月3日	木	9：00～10：30	1.5	特性の分析
	6月3日	木	10：40～11：40	1	チームプレイの基本
	6月3日	木	11：50～12：50	1	チームプレイの基本
	6月3日	木	13：50～15：20	1.5	研修の意義
	6月3日	木	15：30～16：30	1	実践報告
3 日 目	6月9日	水	9：00～11：10	2	支援を組み立てるための基本
	6月9日	水	11：20～12：20 13：20～15：30	3	アセスメントの方法
	6月9日	水	15：40～16：40	1	手順書の作成
4 日 目	6月10日	木	9：00～11：10	2	手順書の作成
	6月10日	木	11：20～12：50	1.5	記録の分析と支援手順書の修正
	6月10日	木	13：50～14：50	1	組織的なアプローチ
	6月10日	木	15：00～15：30	0.5	実践報告
	6月10日	木	15：30～16：30	1	関係機関との連携
	6月10日	木	16：30～16：50	—	修了証書交付、事務連絡等

※スケジュールは予告なく変更になる場合がございます。あらかじめご了承ください。

令和3年度 北海道行動援護従業者養成研修
受講申込書（6月開催）

提出日 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日		
お名前		男・女	昭和 平成	年 月 日生 (歳)	
ご住所	〒 - - <small>ご自宅の住所をご記入ください</small>				
TEL	- -	携帯	-	-	
保有資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
現在の従事業務					
実務経験	行動援護業務従事経験 年 ヶ月				
お勤め先	法人名				
	事業所名				
	行動援護指定の有無（○をつけてください）	有 ・ 無			
	所在地	〒 - -			
	TEL	- -	FAX	- -	
	事業所の行動援護利用登録者数	名			
	行動援護従業者養成研修修了者数 (強度行動障害支援者研修実践研修含む)	名			
受講を要する 特段の理由					
業務で困っている 事など（任意記入）					
電話連絡先	個人 ・ 事業所	※事業所の場合 ご担当者様のお名前	ふりがな		

受講料 ¥38,000(消費税・テキスト代込)

※下記注意事項をご確認のうえお申込みください

- ① 必要事項をご記入の上、郵送・FAX・ご持参にてお申込みください。
- ② 受講決定者には受講通知とともに受講料納入方法もご案内致します。通知発送後、1週間以内に当社指定の振込口座に受講料の納入をお願い致します。振込手数料はご負担くださいますようお願いいたします。
- ③ 受講募集期間内のキャンセルについては受講料を全額返金致します。（振込手数料はご負担下さい。）
募集期間後のキャンセル、受講の中止につきましては、受講料の返金は致しかねます。
- ④ 受講申込人数の関係等により、研修を中止する場合があります。その際は受講料を全額返金いたします。
- ⑤ 受講申込者が募集定員を超えた場合は次のように選考を行います。行動援護事業所の業務に現に従事している方もしくは勤務が決まっている方であり、所属行動援護事業所の行動援護利用登録者数に対する当該研修（強度行動障害支援者養成研修実践研修含む）受講済従業者数の割合が低い事業所の受講申込を優先いたします。
- ⑥ 受講通知等はお勤め先事業所宛てに発送致します。その他の宛先に発送をご希望の方はお申し出ください。
- ⑦ テキスト等の教材は開講当日にお渡しします。
- ⑧ 会場や第2道通ビル周辺は禁煙となっております。予めご了承ください。
- ⑨ 感染症拡大防止のための対策にご協力ください。ご協力いただけない場合は、受講をお断りする場合がございます。

サンシャイン総合学園

〒060-0005 札幌市中央区北5条西6丁目1 第2北海道通信ビル9階

TEL：011-232-2301 FAX：011-232-5380

事務局記入欄：受付 / : 確認連絡 / : OMR HP