**令和7年度　障がい者行動支援研修 受講申込書　【講義のみ】**

|  |  |
| --- | --- |
| 所属名 |  |
| 　 |  | 事業種別 |  |
|  | 担当職種 |  |
| 年齢 | 　　　　歳 | 現在関わりのある強行者の数　(事業所内の強行者の数等) | 　　　　人 | 障がい者支援分野もしくは教員としての経験年数 | 　　　　　　年 |
| 所属の連絡先 | 住所 |
| TEL： | FAX： |
| E-mail： |
| * 受講希望の理由及び研修に期待すること

宛先 【**E-mail：****j-kyoukou@fc-swc.org**】 行　8月8日（金）必着 |
| * 日ごろの支援の中で疑問に思うこと
 |
| 過去受講された研修に〇を付けてください（　　）ゆうゆうセンター主催：自閉症スペクトラム支援者養成研修　実践トレーニングセミナー＆フォローアップ【受講年度→　　　年度】（　　）ゆうゆうセンター主催：自閉症スペクトラム支援者養成研修基礎講座①②【受講年度→　　　年度】（　　）ゆうゆうセンター主催：支援者向け連続講座【受講年度→　　　年度】（　　）ゆうゆうセンター主催：チーム支援体験ワークショップ【受講年度→　　　年度】（　　）都道府県等による強度行動障害支援者養成研修(基礎・実践研修まで終了された方) ※行動援護従業者養成研修を受けられた方もこちらに○をお願いします。【受講年度→　　　年度】 |
| 通　信　欄 |  |

**令和7年度　障がい者行動支援研修 受講申込書　【講義＋実習プログラム】**

|  |  |
| --- | --- |
| 所属名 |  |
| 　 |  | 事業種別 |  |
|  | 役職等 |  |
| 年齢 | 　　　　歳 | 現在関わりのある強行者の数　(事業所内の強行者の数等) | 　　　　人 | 障がい者支援分野もしくは教員としての経験年数 | 　　　　　　年 |
| 所属の連絡先 | 住所 |
| TEL： | FAX： |
| E-mail： |
| * 受講希望の理由及び研修に期待すること

宛先 【**E-mail：****j-kyoukou@fc-swc.org**】 行　8月8日（金）必着 |
| * 事例対象者の現在の状況(気になる行動や対応状況等)

行動関連項目　合計　　　　点　　　　 |
| 過去受講された研修に〇を付けてください（　　）ゆうゆうセンター主催：自閉症スペクトラム支援者養成研修　実践トレーニングセミナー＆フォローアップ【受講年度→　　　年度】（　　）ゆうゆうセンター主催：自閉症スペクトラム支援者養成研修基礎講座①②【受講年度→　　　年度】（　　）ゆうゆうセンター主催：支援者向け連続講座【受講年度→　　　年度】（　　）ゆうゆうセンター主催：チーム支援体験ワークショップ【受講年度→　　　年度】（　　）都道府県等による強度行動障害支援者養成研修(基礎・実践研修まで終了された方) ※行動援護従業者養成研修を受けられた方もこちらに○をお願いします。【受講年度→　　　年度】 |
| 通　信　欄 |  |