

コミュニティ・サポート de プロデュース

自傷、他害行為など、危険を伴う行動を頻繁に示すことなどにより、日常生活に困難が生じている強度行動障害者に対し、障害特性の理解に基づく適切な支援を行うことができる人材を育成します。

開講 強度行動障害支援者養成研修

事業者の名称及び所在地 コミュニティ・サポート ケアカレッジ薬院校

〒810-0022 福岡市中央区薬院 4 丁目 1 番 7 号 305

TEL 092-401-0363

FAX 092-401-0364

MAIL school.com.sup@gmail.com

研修の名称 強度行動障害支援者養成研修

実施場所 コミュニティ・サポート薬院校

研修課程及び講義の形式	基礎研修	講義	6 時間
		演習	6 時間
	実践研修	講義	4 時間
		演習	8 時間

講習料 研修参加費用（内訳、テキスト代） 30000 円（別途テキスト代 3300 円）
（基礎研修のみ 16000 円 実践研修のみ 14000 円）

使用テキスト 中央法規出版株式会社
（行動障害のある人の「暮らし」を支える）

* 申込みは、FAX・お電話・メールにて

～ 強度行動障害養成研修 11月・12月日程表 ～
 (行動援護従事者研修)

11月研修日時				基礎研修前半1日半・実地研修後半1日半
第一回	1(日)	7(土)	8(日)	9:00 ~ 18:30
第二回	15(日)	21(土)	22(日)	9:00 ~ 18:30

12月研修日時				基礎研修前半1日半・実地研修後半1日半
第一回	5(土)	6(日)	13(日)	9:00 ~ 18:30
第二回	19(土)	20(日)	27(日)	9:00 ~ 18:30

*受講者が5名以上の場合、出張研修が可能です (出張費等 要相談)

(マイ・スタイル薬院内)

〒810-0022 福岡市中央区薬院4-1-7-305

TEL 092-401-0363

FAX 092-401-0364

MAIL school.com.sup@gmail.com

コミュニティ・サポート

ケアカレッジ薬院校

(9/19・9/20・9/27 10/3・10/4・10/11 10/17・10/18・10/25 予約可能)

～お申込み～

* ○で囲む

11月(第一回 第二回) ・ 12月(第一回 第二回)

事業者名 _____

住所 〒 _____

氏名 _____

TEL _____

FAX _____

緊急連絡先 (本人と連絡の取れる携帯等) _____

MAIL _____

テキスト _____

必要

不要

* 2日前迄に確認の連絡をさせていただきます。連絡無き場合はお手数ですがご連絡を宜しくお願い致します。