

重度の強度行動障害支援実施届出書

年 月 日

千葉県健康福祉部障害福祉事業課長 様

所在地
名称
代表者

印

重度の強度行動障害者の支援者として、次のとおり届出いたします。併せて、下記の個人情報保護に関する事項について同意し遵守します。

施設 の 名 称	
施設 の 所 在 地	
指 定 事 業 の 種 類	
受 入 可 能 人 数	届出時 名 (将来的な受入れ増加見込み 名)
強度行動障害のある方の 受 入 実 績	有 ・ 無
受入に伴う施設整備予定	有 ・ 無 ・ 未定 (アセスメント時に決定)
受入に伴う実施者意見	

● 法人内で短期入所の指定を受けている施設又は事業所 有 ・ アセスメント時
までに指定予定

【個人情報保護に関する事項】

(個人情報の目的外利用・提供の禁止)

1 暮らしの場支援会議から提供され知り得た個人情報は、対象者の支援以外の目的に利用しないこと。また、県の承諾なしに第三者へ提供しないこと。

法人登録を解除した後においても、同様であること。

(複写又は複製の禁止)

2 入所調整のために県から引き渡された個人情報が記録された資料等を、県の承諾なしに複写又は複製してはならないこと。

(添付資料)

研修修了証の写し ※上記事業所に配置している職員の修了証に限る

強度行動障害支援者養成研修 (実践研修) 又は強度行動障害のある方の支援者に対する研修 (16人研修)

【 連絡先 】

所 属 :

担当者 (職・氏名) :

電 話 :

メー ル :