

平成25年度

川崎市移動支援事業等従事者養成研修（全身性障害）実施要領

1 目 的

屋外で移動に困難がある障害者について、外出のための支援を行う介護人（移動支援事業等従事者）の養成研修を円滑に行い、移動支援事業等によって提供されるサービス実施水準を維持すること、及び障害者の自立と社会参加を地域社会で共に支える市民参加型の体制に向けて、移動支援の担い手を養成することを目的として実施する。

2 主 催

川崎市・公益財団法人 川崎市身体障害者協会

3 日 時

平成25年6月8日（土） 9:30～17:15

4 開催場所

川崎市教育文化会館

5 対 象

- ・川崎市内在住・在勤者、市内在学者
- ・今後、川崎市内で移動支援事業に介護人（移動支援事業等従事者）として従事することを希望する者。

6 定 員 30名（先着順）

7 受講申込方法

平成25年5月10日（金）～5月20日（月）（必着）

※受講申込書に記入の上FAX（または持参）で申し込む。郵送は受け付けない。

8 研修内容

6月8日（土）（受付 9:15～）

時 間	内 容
9:30～9:45	開講式
9:45～10:45	講義：「障害福祉に係る関係制度」（障害者総合支援法に基づく移動支援事業の説明） 講師…川崎市健康福祉局障害計画課
10:50～11:50	講義：「移動支援事業等従事者の役割と業務」 講師…福祉ネットワーク協会 理事 田川 和子氏
11:50～12:35	昼食
12:35～13:35	講義：「障害特性についての理解」 講師…福祉ネットワーク協会 理事 田川 和子氏
13:45～17:00 （途中休憩有）	講義・実習：「障害特性に配慮した支援を安全かつ円滑に行う方法」 講師…福祉ネットワーク協会 理事 田川 和子氏
17:00～17:15	閉講式、修了証明書交付

9 受講料 無料

10 修了証明書

研修を修了した者には修了証明書を発行する。ただし、欠席、遅刻、早退、その他受講態度等に問題がある場合は、修了証明書を交付しない場合がある。

11 受講決定通知

受講可否のいずれの場合も研修日の7日前までに郵送により通知する。

公益財団法人 川崎市身体障害者協会

〒210-0834 川崎区大島1-8-6

TEL 044-244-3975

FAX 044-246-6943

平成25年度 川崎市

全身性障害

移動支援事業等従事者養成研修

(主催) 川崎市・公益財団法人川崎市身体障害者協会 (川崎指定 第*****号)

この研修は、全身性障害者の外出時の移動の介護等に必要な知識、技術を有する移動支援従事者の養成を図ることを目的としています。障害福祉に興味や関心のある方も、ぜひお気軽にご応募ください。

【研修日時】

平成25年6月8日(土)
9:30~17:15 (受付 9:15~)

【研修会場】

川崎市教育文化会館 4階 第2学習室
JR川崎駅・京急川崎より徒歩15分
川崎駅東口バス乗り場より、川崎市営バスもしくは臨港バス乗車
「教育文化会館前」下車
急行および特急バスは停まりませんので、ご注意ください。
(裏面の地図を参照)



【対象者】

川崎市内に在住・在勤・在学者で介護人(移動支援事業等従事者)として従事することを希望される方や、興味のある方。

【定員】

30名 (先着順)

※受講の可否は、いずれの場合も研修日(6月8日)の7日前までに郵送にて通知します。

【受講料】

無料

【研修内容】 講義及び実習 (計6時間)

時間	内容
9:30~ 9:45	開講式
9:45~10:45	1.「障害福祉に係る関係制度」(障害者総合支援法に基づく移動支援事業の説明)
10:50~11:50	2.「移動支援事業等従事者の役割と業務」
11:50~12:35	昼食
12:35~13:35	3.「障害特性についての理解」
13:45~17:00	4.「障害特性に配慮した支援を安全かつ円滑に行う方法」
17:00~17:15	閉講式・修了証明書交付

※当日は、実習もありますので動きやすい服装でお越し下さい。

【申込期間】

平成25年5月10日(金)~平成25年5月20日(月) ※5月20日必着
午前9時~午後5時 (月~金曜日) 土・日・祝日を除く

【申込方法】

受講申込書にご記入の上、FAX(または持参)にてお申込み下さい。(郵送不可)

【その他】

研修を修了した方には修了証明書を発行します。ただし、欠席・遅刻・早退・その他受講態度等 問題がある場合は、修了証明書を交付しない場合があります。

【お申込み・お問い合わせ先】

公益財団法人 川崎市身体障害者協会
午前9時~午後5時(月~金曜日) ※土、日、祝日はお休み
〒210-0834 神奈川県川崎市川崎区大島1-8-6 研修担当
TEL:044-211-0747
FAX:044-246-6943

平成25年度 川崎市移動支援事業等従事者養成研修（全身性障害） 受講申込書

記入日 平成 年 月 日

(ふりがな)			
受講申込者 氏 名 ※証明書発行の為、現在のお名前をご記入下さい。			
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生 (歳)	性別	男 ・ 女
住 所	〒 ※受講可否の通知を送りますので、連絡の取れる住所をご記入下さい。		
連絡先	電話番号	FAX番号	
※日中連絡が可能なものをご記入下さい。			
該当するものに○をつけてください。			
1. 他の障害種別の移動支援事業等養成研修課程を修了して (いる ・ いない)			
2. 研修課程を修了している障害種別 (視覚 ・ 知的 ・ 精神障害)			
現在お持ちの資格	介護福祉士 ・ ホームヘルパー () 級 ・ その他 []		
[現在、川崎市内の障害福祉関係の事業所に勤務している方は事業所名をご記入下さい。]			

※申込書に不備がある場合は受理しない場合があります。

※ご記入後、下記のFAX番号まで送信して下さい。

公益財団法人 川崎市身体障害者協会 研修担当宛

〒210-0834

神奈川県川崎市川崎区大島1-8-6

FAX: 044-246-6943

申込み期限 平成25年 5 月 20 日 (月) 必着