

市内指定特定相談支援事業者及び指定障害児相談支援事業者各位

横浜市健康福祉局障害福祉課長

指定特定相談支援事業者及び指定障害児相談支援事業者を対象とした障害福祉サービス及び関連事業の概要等に関する研修会の開催について（通知）

日頃より、本市障害福祉施策にご協力いただき、誠にありがとうございます。

計画相談支援及び障害児相談支援を実施していただく際の一助とするため、本市の相談支援体制をはじめ、障害福祉サービス及び関連事業の概要等をお伝えすることを目的とした研修会を次のとおり実施いたします。

計画相談支援及び障害児相談支援を実施していただくための前提となる知識及び情報を確認する機会となりますので、ぜひ積極的にご参加ください。

【研修会概要】

開催日：平成 28 年 5 月 23 日（月）午前 10 時から午後 5 時 15 分まで

※受付は、午前 9 時 30 分より行います。

会 場：横浜市健康福祉総合センター 4 階ホール（横浜市中区桜木町 1-1）

※公共交通機関でお越しください。

内 容：①横浜市における相談支援体制について

②横浜市が実施する独自事業について

③障害者総合支援法及び児童福祉法に基づく各サービスの概要等について

※構成は、平成 27 年 5 月 15 日（金）、6 月 4 日（木）に実施している本研修と同様のものを予定しています。ただし、変更が生じる可能性がありますので、あらかじめご了承ください。

対象者：横浜市内の指定特定相談支援事業者及び指定障害児相談支援事業者

定 員：250 名

【申込み】

指定の申込書に必要事項をご記入の上、申込書に記載している提出先に平成 28 年 5 月 2 日（月）までに F A X にてお申込みください。

※受講料は無料です。

【受講決定】

申込者数が定員を大きく上回る場合は、受講していただけないことがあります。

受講いただけない場合のみ、5 月 13 日（金）までに連絡させていただきます。

連絡がない場合は受講いただけますので、研修会場に直接お越しください。

<担当>

健康福祉局障害福祉課地域活動支援係 松浦・和栗

TEL：045-671-3602 FAX：045-671-3566

E-mail：kf-soudanshien@city.yokohama.jp

＜提出先＞

健康福祉局障害福祉課地域活動支援係 和栗

FAX：045-671-3566（送付状は不要です。）

障害福祉サービス及び関連事業の概要等に関する研修会

参 加 申 込 書

法人名 _____ 事業所名 _____

担 当 者 _____ 連絡先 _____

受講者氏名	現職	計画相談支援 従事年数	受講優 先順位
	①相談支援専門員 ②その他 ()	年 か月	
	①相談支援専門員 ②その他 ()	年 か月	
	①相談支援専門員 ②その他 ()	年 か月	
	①相談支援専門員 ②その他 ()	年 か月	
	①相談支援専門員 ②その他 ()	年 か月	

※ 横浜市内事業所以外の事業所の方は、ご受講いただけません。

※申込書は、平成 28 年 5 月 2 日（月）必着までに F A X にてご提出ください。

※申込者が定員を大幅に超過するなどの理由により受講いただけない場合のみ、記載していただいた連絡先に連絡いたします。連絡が入らない場合は、受講可能とご理解ください。