

令和元年度 神奈川県相談支援従事者初任者研修（川崎市）実施要領

1 目的

障害者総合支援法に基づく相談支援に従事する者が、地域の障害者等の意向に基づく地域生活を実現するために必要な保健、医療、福祉、就労、教育などのサービスの総合的かつ適切な利用支援等の援助技術を習得することを目的として実施いたします。

また、障害者総合支援法に基づく指定特定支援事業所において相談支援専門員として従事する職員を養成します。

2 実施主体

川崎市 ※社会福祉法人川崎市社会福祉協議会に事業委託して実施します。

3 日程及び会場

全7日間 時間は概ね10時から18時まで（予定）

		日にち	会 場
講 義	1 日 目	令和元年 7 月 1 日（月）	神奈川県立青少年センター （住所：横浜市西区紅葉ヶ丘 9 番地の 1）
	2 日 目	令和元年 7 月 2 日（火）	
演 習	3 日 目	令和元年 7 月 3 0 日（火）	川崎市教育文化会館 6 階 大会議室 （住所：川崎市川崎区富士見 2－1－3）
	4 日 目	令和元年 7 月 3 1 日（水）	
実 習	約 1 か月間	【相談支援プロセス実習①】実習ガイダンス後、各受講者が支援対象者を設定し課題を作成する。	
演 習	5 日 目	令和元年 9 月 4 日（水）	川崎市教育文化会館 6 階 大会議室
実 習	約 1 か月間	【相談支援プロセス実習②】実習ガイダンス後、各受講者が支援対象者を設定し課題を作成する。	
演 習	6 日 目	令和元年 1 0 月 1 7 日（木）	川崎市教育文化会館 6 階 大会議室
	7 日 目	令和元年 1 0 月 1 8 日（金）	

4 研修カリキュラム

P.6「令和元年度神奈川県相談支援従事者初任者研修（川崎市）カリキュラム」のとおり

5 定員

120名

6 受講対象者

次の（1）から（3）いずれかの者

- （1） 申込時点において、川崎市内に所在する指定一般相談支援事業所、指定特定相談支援事業所又は指定障害児相談支援事業所で相談支援専門員として業務を予定している者、もしくは川崎市内に開設予定の上記事業所で相談支援専門員として業務を予定している者
- （2） 障害児者等の相談支援業務に従事する市職員
- （3） その他、市が必要と認める者

- ・ 上記要件に加えて「令和元年度川崎市相談支援従事者初任者プレ（基盤）研修～障害のある方に関わるうえで大切なこと～」の受講修了が前提となります。過年度のプレ（基盤）研修を修了されている方も、再度受講するようにしてください。必ず初任者プレ（基盤）研修の実施要領もご確認ください。

【留意事項】

- ア **7日間すべて受講可能で、利用者の同意のもと実習事例を提出できる者を受講対象とします。**
- イ 課外実習があります。
- ウ アの実習事例をもとに、アセスメントシート、サービス等利用計画を作成していただきます。（5日目以降のグループ演習で使用します。）
- エ 本研修は神奈川県の実務委託により川崎市が実施するもので、川崎市内に所在地を置く事業所・施設等のみを対象としています。（市外に所在地を置く事業所・施設等は、所在地で実施される研修を受講してください。）

相談支援専門員として従事するためには、本研修の修了と実務経験が必要です。必要な実務経験年数等については、別紙2「相談支援専門員の実務経験要件」を参照してください。

《参考・・・実習について》

申込時点で利用者へ実習協力の依頼をする必要はありませんが、実習事例を提出できない方は本研修を修了することができません。本研修のカリキュラムに実習ガイダンスの時間を設けておりますが、下記を参考にしてください。

【実習協力者の選定について】

▼本研修の目的や意図から、次のような利用者にご協力を頂くことが望ましいでしょう。

- ① 実際に自分自身が現在進行形で関わっている利用者
- ② ケアマネジメント技法を用いた支援に適する利用者
- ※ ケアマネジメント技法を用いた支援については、「平成31年度川崎市相談支援従事者初任者プレ（基盤）研修」でも扱う内容です。

ex) ○地域生活（在宅生活）、入所・入院からの地域移行に関する支援の対象者である
○地域の複数の社会資源を活用している（したい）利用者である
○一つ以上の障害福祉サービスを利用している（したい）利用者である

▼本研修の目的や意図から、次のような事例はできるだけ避けてください。

- ・ 緊急性の高い事例、危険介入が必要な事例
- ・ 本研修の期間中に関係性の構築が困難な方の事例
- ・ 本研修の期間中に会うことが困難な方の事例

7 受講料および資料代

受講料は無料です。ただし、受講に必要な**教材費等 8,000円**は、資料代として受講者負担とします。（支払方法等詳細は、受講決定通知とともにご案内します。）

※ 交通費等その他経費については自己負担となります。

※ 振り込まれた教材費等は、いかなる理由があっても返金されません。

8 受講者の推薦・申込み

(1) 推薦・申込について

・受講希望者は、所属する法人から本研修の受講について推薦を受けていただく必要があります。「令和元年度川崎市相談支援従事者初任者プレ（基盤）研修申込書 神奈川県相談支援従事者初任者研修（川崎市）受講推薦書（P.6）」に必要事項を漏れなく記入の上、**「申込書類確認書（P.7）」を添えて法人でまとめて申込（郵送）**ください。

※ 申込締め切り後は一切受け付けませんので、ご注意ください。

※ 申込書の法人内優先順位が未記載の場合や不適切な記載の場合（法人内優先順位1位が複数いる等）については、選考を見送りとさせていただきます。

(2) 申込書 別紙様式

※ ウェブサイト「障害福祉情報サービスかながわ（URL <http://www.rakuraku.or.jp/shienhi/>）」の「書式ライブラリ」→「3. 川崎市からのお知らせ」→「1. 川崎市からのお知らせ」に掲載します。

(3) 申込期限

令和元年5月27日（月）12時《必着》

(4) 申込先 〒214-0035 川崎市多摩区長沢2-11-1

社会福祉法人川崎市社会福祉協議会 川崎市高齢社会福祉総合センター

「令和元年度相談支援従事者研修」事務局 行

電話 044-976-9001 FAX 044-976-9000

9 受講者の決定

- 受講者希望者が定員を上回った場合は、選考により受講者を決定します。（先着順ではありません。）
- **受講決定通知（受講の可否）については、5月末日頃までに送付します。末日を過ぎても通知が届かない場合には、お手数をお掛けいたしますが、事務局までご連絡ください。**
- 指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所として「申請済み」または「申請予定あり」の事業所の方を優先的に受講決定します。受講申込書のチェック欄に記入漏れのないようにご注意ください。

10 修了証書の交付、修了者名簿の管理

- 本研修の全日程（7日間）を修了した方に、川崎市より修了証書を交付します。
- 川崎市は研修修了者名簿（修了証番号、氏名、生年月日、所属等）を管理します。
- 本研修は全日程の出席をもって修了となりますので、遅刻や早退は欠席とみなします。修了証書を交付できませんので、ご注意ください。
- 著しく受講態度が悪い場合（私語、居眠り、携帯電話の使用等）にも、修了証書を交付できない場合があります。また、内容によって推薦元への連絡等を行います。

11 その他

- (1) 受講にあたって手話通訳、点訳教材等を必要とする方は、受講申込書の所定欄に記載してください。なお、受講申込書の所定欄「その他」において、人員や専門性を要する直接の支援を必要とする方等につきましては、別途ご相談ください。
- (2) 会場に駐車場はありませんので、ご了承ください。公共交通機関をご利用ください。
- (3) 研修を通して知り得た個人情報は、当該研修業務の運営及び本市における計画相談に関する施策等の推進以外に使用されることはありません。

なお、上記目的の範囲内において、事業所所在地の各区に研修修了者の情報を提供する場合がありますので、あらかじめご承知ください。

- (4) 令和元年度相談支援従事者初任者研修の開講日に、自然災害（台風等）及び事故等が発生した場合、開講しないまたは開始時刻を遅らせることがあります。その場合には、開講当日の午前8時30分までに、障害福祉情報サービスかながわ及び社会福祉法人川崎市社会福祉協議会 川崎市高齢社会福祉総合センターのホームページにその旨を掲載いたしますので、ご確認ください。

URL

障害福祉情報サービスかながわ <http://www.rakuraku.or.jp/shienhi/>

川崎市高齢社会福祉総合センター <http://www.kourei-c.jp/>

12 講座全般に関する問い合わせ先

下記問い合わせ先の電話受付時間は、いずれも午前9時から午後5時まで（土日祝祭日を除く）です。

【日程・会場・申込・カリキュラム内容等について】

社会福祉法人川崎市社会福祉協議会

川崎市高齢社会福祉総合センター／人材開発研修センター

担当 本竹 木村

電 話 044-976-9001 F A X 044-976-9000

【受講対象・制度について】

川崎市健康福祉局 障害保健福祉部 障害計画課

電 話 044-200-0871 F A X 044-200-3932

令和元年度神奈川県相談支援従事者初任者研修（川崎市）カリキュラム

	日程・場所	時間	区分	科 目
1 日 目	7月1日(月) 神奈川県青少年センター	9:40 ～ 9:50		オリエンテーション
		9:50 ～ 10:30	講義①	研修目的、インターバル実習等について
		10:40 ～ 12:30	講義②	法制度の概要
		13:30 ～ 15:30	講義③	相談支援概論
		15:40 ～ 17:30	講義④	ケアマネジメント概論
2 日 目	7月2日(火) 神奈川県青少年センター	9:40 ～ 10:50	講義⑤	権利擁護(制度)
		11:00 ～ 12:30	講義⑥	権利擁護(概論・実践)
		13:30 ～ 16:00	講義⑦	相談援助技術
		16:10 ～ 17:30	講義⑧	相談支援の視点(まとめ)
3 日 目	7月30日(火) 川崎市教育文化会館 6階 大会議室	10:00 ～ 10:20	導入	オリエンテーション
		10:20 ～ 11:20	講義	川崎市の相談支援の仕組み
		11:30 ～ 12:40	講義	インテーク、アセスメント
		13:40 ～ 14:05	導入	モデル事例の概要説明
		14:05 ～ 15:40	演習	モデル事例を用いたインテーク面接と関係性構築 (ロールプレイ)
		15:50 ～ 17:20	演習	モデル事例のニーズ整理
		17:20 ～ 17:50	まとめ・ ガイダンス	振り返り(まとめ)とガイダンス
4 日 目	7月31日(水) 川崎市教育文化会館 6階 大会議室	10:00 ～ 10:10	導入	オリエンテーション
		10:10 ～ 11:00	講義	目標設定とプラン作成
		11:15 ～ 12:30	演習	目標設定とプラン作成
		13:30 ～ 14:00	演習	支援計画作成の振り返り
		14:00 ～ 14:30		グループ発表
		14:30 ～ 15:00	講義	モニタリング・ターミネーション
		15:15 ～ 16:00	演習	モニタリング・ターミネーション
		16:00 ～ 17:00	まとめ・ ガイダンス	演習2日間の振り返り、実習ガイダンス(説明)
相談支援プロセス実習①				
5 日 目	9月4日(水) 川崎市教育文化会館 6階 大会議室	10:00 ～ 10:20	導入	オリエンテーション
		10:20 ～ 12:10	演習	アセスメント及び支援方法の報告と検討(GSVの体験)
		13:00 ～ 17:00	演習	アセスメント及び支援方法の報告と検討(GSVの体験)
		17:00 ～ 17:30	ガイダンス	実習の説明
相談支援プロセス実習②				
6 日 目	10月17日(木) 川崎市教育文化会館 6階 大会議室	10:00 ～ 10:20	導入	オリエンテーション
		10:20 ～ 12:10	演習	再アセスメント結果とサービス等利用計画案の報告と共有 (GSVの体験)
		12:10 ～ 13:00		休憩(50分)
		13:00 ～ 17:00	演習	再アセスメント結果とサービス等利用計画案の報告と共有 (GSVの体験)
		17:00 ～ 17:20	まとめ・ ガイダンス	振り返り(まとめ)とガイダンス
7 日 目	10月18日(金) 川崎市教育文化会館 6階 大会議室	10:00 ～ 10:10	導入	オリエンテーション
		10:10 ～ 11:00	講義	地域資源の活用
		11:15 ～ 12:20	演習	地域資源の活用
		13:20 ～ 14:15	演習	演習全体を通した振り返り
		14:15 ～ 14:45	演習	グループ発表
		15:00 ～ 15:50	まとめ	総括
		15:50 ～ 16:40	振り返り	グループでの振り返り
		16:40 ～ 17:00	修了式	修了証書授与、事務連絡

相談支援プロセス実習①
受講者が関わっている支援対象者の協力を得て、【インテーク・アセスメント】を行い、支援方法を整理する。

※インテーク・アセスメント
支援対象者との関係性の構築を意識し、支援対象者の本人像を全体的に把握する視点で行う。

相談支援プロセス実習②
相談支援プロセス実習①を踏まえ、【再アセスメント・ニーズ整理・サービス等利用計画の作成】を行う。

※地域支援に関する情報収集
地域の相談支援体制、社会資源等について確認する。

※日程・会場・カリキュラムの内容等は変更する可能性があります。予めご了承ください。

令和元年度川崎市相談支援従事者初任者プレ(基盤)研修申込書
 神奈川県相談支援従事者初任者研修(川崎市)受講推薦書

申込締切: 令和元年5月27日(月)12時必着

法人内
優先
順位

※同一法人から複数人お申し込み
される場合は、必ずご記入ください。

いずれかに○をつけてください→		初任者プレ(基盤)研修と初任者研修の受講を希望		初任者プレ(基盤)研修のみ受講を希望 ※受講の可否は事業所住所にお送りします。	
ふりがな		生年月日			
受講者氏名		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		年 月 日	
相談支援 従事予定	<input type="checkbox"/> 相談支援業務に従事している		<input type="checkbox"/> 相談支援業務に従事予定 (平成 年 月)		<input type="checkbox"/> 従事する予定はない
受講者 所属	法人および 事業所名				
	事業所電話	機関種類 別紙1を参照 してください。			
	事業所FAX				
	事業所住所	〒()			
資格等 (○をつけてください)	社会福祉士 ・ 精神保健福祉士 介護福祉士 ・ 介護支援専門員 看護師 ・ 保育士 社会福祉主事任用資格 その他() ・ なし		職種 (○をつけてください)		介護職 ・ 相談援助職 看護職 ・ 管理職 事務職 ・ ケアマネージャー その他()
障害福祉業務 従事年数 平成31年5月現在	①相談支援業務			年 月	
	②直接支援業務(介護業務)			年 月	
	③障害者就業・生活支援センター等における相談支援業務			年 月	
	④特別支援学校における相談支援業務			年 月	
研修を受講する際に 必要な配慮		<input type="checkbox"/> 車いすの使用の有無 <input type="checkbox"/> 介助犬の同伴 <input type="checkbox"/> 点字教材 <input type="checkbox"/> 拡大文字資料 <input type="checkbox"/> 手話通訳者 <input type="checkbox"/> 要約筆記者 <input type="checkbox"/> その他()			
申請状況: 指定相談支援事業所として「申請済み」または「申請予定あり」の事業所の方を優先的に受講決定します。					
指定特定相談支援事業所 (計画相談支援実施事業所)の申請状況 ※法人・団体としての申請状況		<input type="checkbox"/> 申請済み	<input type="checkbox"/> 予定あり	申請予定時期 (年 月)	
		<input type="checkbox"/> 未定	<input type="checkbox"/> 予定なし	川崎市への相談日(年 月)	
指定一般相談支援事業所 (地域移行・地域定着支援実施事業所)の申請状況 ※法人・団体としての申請状況		<input type="checkbox"/> 申請済み	<input type="checkbox"/> 予定あり	申請予定時期 (年 月)	
		<input type="checkbox"/> 未定	<input type="checkbox"/> 予定なし	川崎市への相談日(年 月)	

令和元年度神奈川県相談支援従事者初任者研修(川崎市)の受講者として、次の者を推薦します。
 (初任者プレ(基盤)研修のみ受講を希望の方は記入不要)

所属長記入欄	法人名		
	役職・氏名		印
推薦理由			

○申込みは一人一枚としてください。

○氏名・生年月日は初任者研修において修了証書に記載しますので、お間違いのないよう正式にご記入ください。

※申込者が定員を超えた場合は、川崎市相談支援従事者初任者プレ(基盤)研修受講者や指定申請の「申請済み」または「予定あり」の事業所を優先します。記入漏れがあった場合には、受講優先順位を最下位とします。

※ここでご記入いただく情報は、当該研修業務の運営及び川崎市における計画相談に関する施策等の推進以外の目的で使用するは一切ありません。

使用目的: 受講の承認及び不承認、申込結果の送付、受講者・修了者名簿の作成、研修講師・指導者への情報提供、本研修事業関連、川崎市における計画相談に関する施策等の推進

令和元年度川崎市相談支援従事者初任者プレ（基盤）研修
および神奈川県相談支援従事者初任者研修（川崎市）
申込書類確認書

※本紙も必ず同封してください。

法人・団体名（※必須）	
法人住所及び連絡先（※必須） 緊急の場合等、メールでご連絡させていただきます。	〒 — TEL : () ／ FAX : () Mail :
取りまとめ担当者名（※必須）	
決定通知等送付先 (※上記住所と異なる場合のみ記載)	〒 TEL : ()

* 決定通知等はまとめて上記住所に送付いたします。法人住所と異なる場所への送付を希望する場合は、上記「法人住所」に送付先を記載ください（受講者ごとに異なる送付先にはできません）。

【申込書類確認】 ※□に✓を記入してください。

- ☐ 申込書に所属長（推薦者）印を押しましたか
- ☐ 法人から複数の受講者申込をする場合、法人内優先順位を全員分記載しましたか
- ☐ 申込書に記入漏れなく、全ての必要項目に記入しましたか
- ☐ 受講申込者全員分の申込書が入っていますか

【受講申込者一覧】 全受講申込者を下の欄に記載ください。

優先順位	受講者名	事業所名
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

(別紙1)

機関種類一覧表

No.	機関の種類
1	指定特定相談支援
2	地域移行支援
3	地域定着支援
4	障害児相談支援事業所
5	施設入所支援
6	居宅介護
7	行動援護
8	同行援護
9	重度訪問介護
10	短期入所
11	生活介護
12	療養介護
13	自立訓練(機能訓練)
14	自立訓練(生活訓練)
15	宿泊型自立訓練
16	就労移行支援
17	就労継続支援(A型)
18	就労継続支援(B型)
19	共同生活援助(グループホーム)
20	障害児入所施設
21	児童発達支援センター(療育センター)
22	児童発達支援事業所(療育センター以外)
23	放課後等デイサービス
24	保育所等訪問支援
25	地域活動支援センター
26	介護保険事業所(居宅介護支援・介護予防支援)
27	介護保険事業所(居宅介護支援・介護予防支援以外)
28	保健福祉センター・健康福祉ステーション
29	障害者センター・障害者更生相談所・精神保健福祉センター・児童相談所
30	その他

※推薦元の機関について、**主なものを番号で3つまで**受講申込推薦書に御記入ください。

※「30 その他」についても、番号のみの御記入で構いません。

(別紙 2)

相談支援専門員の実務経験要件

内は、厚生労働省告示第227号（平成24年3月30日）に神奈川県として実務経験に含める業務の範囲

業務の種類	業務の範囲	必要経験年数
① 相談支援業務	ア 平成18年10月1日において、下記に掲げる事業等に従事しており、平成18年9月30日までの間に相談支援に従事した者 障害児相談支援事業 身体障害者相談支援事業 知的障害者相談支援事業 ・障害児（者）地域療育等支援事業 ・市町村障害者生活支援事業 精神障害者地域生活支援センター	3年以上
	イ 相談機関等において相談支援業務に従事する者 障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業 知的障害者支援事業 児童相談所 身体障害者更生相談所 精神障害者地域生活支援センター 知的障害者更生相談所 福祉事務所 保健所 市町村役場 その他これらに準ずる施設	
	ウ 施設等において相談支援業務に従事する者 障害者支援施設 障害児入所施設 老人福祉施設 精神保健福祉センター 救護施設及び更生施設 介護老人保健施設 居宅介護支援事業所 地域包括支援センター その他これらに準ずる施設 ・身体障害者更生施設 ・知的障害者更生施設 ・身体障害者療護施設、身体障害者福祉ホーム、身体障害者授産施設、身体障害者福祉センター ・知的障害者授産施設、知的障害者通所寮、知的障害者福祉ホーム ・知的障害児施設、第一種自閉症児施設、第二種自閉症児施設、知的障害児通園施設、盲ろうあ児施設、肢体不自由児施設(入所、通所)、肢体不自由児療護施設、重症心身障害児施設、指定医療機関（肢体不自由児、重症心身障害児） ・知的障害者地域生活援助、精神障害者地域生活援助 ・精神障害者社会復帰施設 ・市町村から補助または委託を受けている作業所等.....	5年以上
	エ 保険医療機関において相談支援業務に従事する者で、次のいずれかに該当する者 (1) 社会福祉主事任用資格を有する者 (2) 訪問介護員2級以上に相当する研修を修了した者 (3) 国家資格等※1を有する者 (4) 上記アからウに掲げる業務に1年間以上従事した者	

業務の種類	業務の範囲	必要経験年数
① 相談支援業務	オ 就労支援に関する施設において、相談支援業務その他これに準ずる業務に従事する者 障害者職業センター 障害者就業・生活支援センター ・地域就労援助センター	5年以上
	カ 特別支援学校その他これらに準ずる機関において、障害のある児童及び就学相談、教育相談及び進路相談の業務に従事する者 特別支援学校 その他これらに準ずる機関 ・小学校、中学校の特別支援学級	

業務の種類	業務の範囲	必要経験年数
② 直接支援業務	ア 施設等において介護業務に従事する者 障害者支援施設 ・身体障害者更生施設 ・身体障害者療護施設 ・身体障害者福祉ホーム ・身体障害者授産施設 ・身体障害者福祉センター ・精神障害者社会復帰施設 ・知的障害者デイサービスセンター ・知的障害者更生施設 ・知的障害者授産施設 ・知的障害者通所寮 ・知的障害者福祉ホーム 障害児入所施設 老人福祉施設 介護老人保健施設 療養病床 その他これらに準ずる施設 ・改正前の身体障害者居宅介護、知的障害者居宅介護、児童居宅介護、精神障害者居宅介護、身体障害者デイサービス、児童デイサービス ・知的障害児施設、第一種自閉症児施設、第二種自閉症児施設、知的障害児通園施設、盲ろうあ児施設、肢体不自由児施設（入所、通所）、肢体不自由児療護施設、重症心身障害児施設、指定医療機関（肢体不自由児、重症心身障害児） ・知的障害者地域生活援助、精神障害者地域生活援助 ・市町村から補助または委託を受けている作業所等	10年以上
	イ 障害福祉サービス事業等において介護業務に従事する者 障害福祉サービス事業 障害児通所支援事業 老人居宅介護等事業 その他これらに準ずる事業	
	ウ 保険医療機関等において介護業務に従事する者 保険医療機関 保険薬局 訪問看護事業所 その他これらに準ずる施設	

業務の種類	業務の範囲	必要経験年数
③ 有資格者等	ア 上記②の直接支援業務に従事する者で、次のいずれかに該当する者 (1) 社会福祉主事任用資格を有する者 (2) 訪問介護員2級以上に相当する研修を修了した者 (3) 保育士 (4) 児童指導員任用資格者 (5) 精神障害者社会復帰指導員任用資格者	5年以上
	イ 上記①及び②の業務に従事する者で、国家資格等※1による業務に5年以上従事している者	3年以上

※1 国家資格等とは、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、管理栄養士、栄養士、精神保健福祉士のことをいう。

注) 1年以上の実務経験とは、業務に従事した期間が1年以上であり、かつ、実際に業務に従事した日数が1年あたり180日以上であることをいうものとする。例えば、5年以上の実務経験であれば、業務に従事した期間が5年以上であり、かつ、実際に業務に従事した日数が900日以上であることをいう。

会場のご案内

《講義会場(1～2日目)》

神奈川県立青少年センター

◆ 所在地

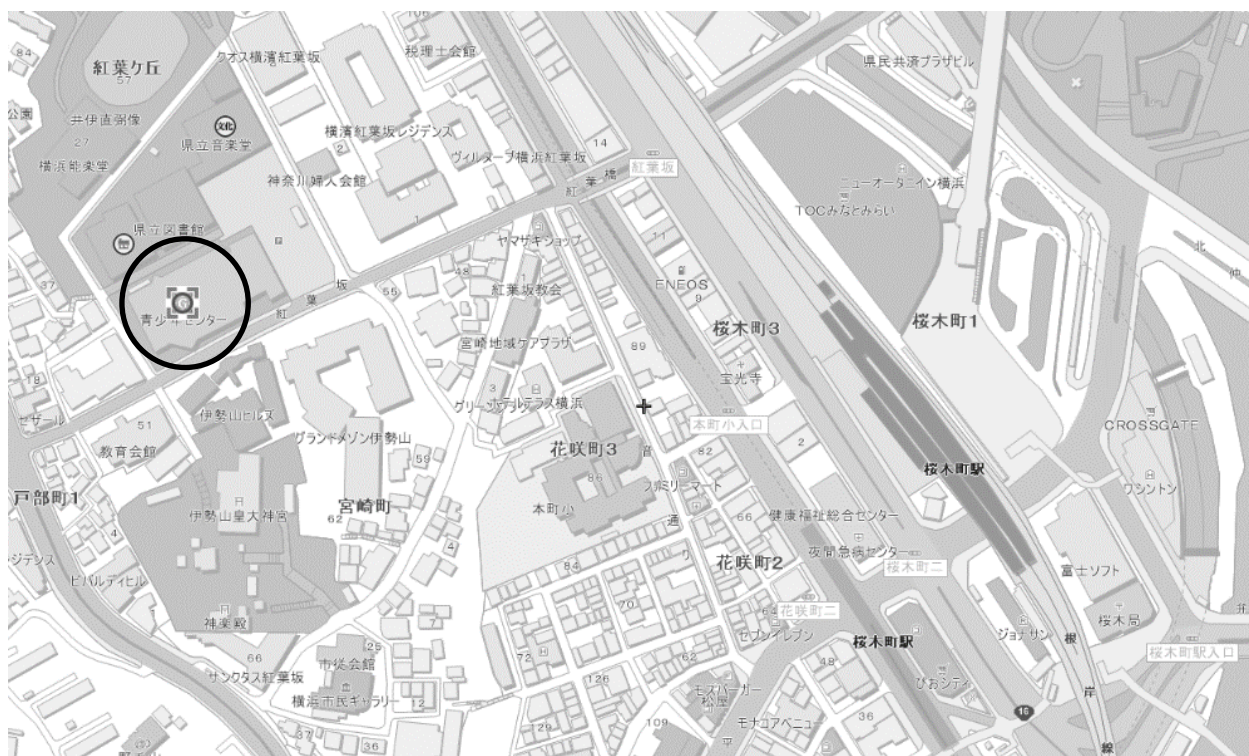
横浜市西区紅葉ヶ丘 9 番地の 1

JR 根岸線「桜木町駅」北改札西口から徒歩約 8 分

横浜市営地下鉄線「桜木町駅」から徒歩約 10 分

京浜急行線「日ノ出町駅」から徒歩約 13 分

みなとみらい線「みなとみらい駅」から徒歩約 20 分



《演習会場(3~7日目)》

川崎市教育文化会館 6階 大会議室

〒210-0011 川崎区富士見 2-1-3

TEL:044-233-6361

FAX:044-244-2347

◆交通機関

- ・川崎駅東口よりバス
12 番・14 番乗り場から乗車
「教育文化会館前」下車
- ・川崎駅東口より約 1 km、徒歩にて 15 分

