

※本研修は、障害者総合支援法に基づく居宅介護サービスにおける同行援護従業者を養成するための研修です。

総合研修センターでは、川崎市の指定管理により同行援護従業者養成研修を実施いたします。

※ 新型コロナウイルス感染症の影響で中止させていただく場合があります。詳細はホームページでご確認ください。

同行援護従業者

養成研修

応用課程

今回は第1回の募集になります

同行援護従業者養成研修（応用課程）は、一般課程において習得した知識および技術を深めるとともに演習に力を入れ、特に重度の視覚障害者（児）の障害および疾病の理解や交通機関を主とした場面別における同行援護技術等を習得することを目的としています。講義・実技・演習、特に当事者の方への誘導法の実践も多く取り入れているのが特徴です。

◆対象者 一般課程修了者で川崎市内在住または在勤・在学で、2日間受講することができる方、かつ障害のある方の自立生活と社会参加の介助に関心のある方
※本研修の一般課程を申込みした方も対象となります。

◆日程・会場・定員 ※1コース2日間、各回の定員は20名です。
※各回内容は同じになります。定員を超えた場合は抽選となります。

コース	日程	申込締切日
第1回 (定員:20名)	1日目: 10月 8日(金) 9:15~16:55 2日目: 10月16日(土) 9:15~17:50	令和3年9月21日(火) 17時必着
第2回 (定員:20名)	1日目: 3月 3日(木) 9:15~16:55 2日目: 3月10日(木) 9:15~17:50	今回は第1回目の申込のみになります。 第2回については、後日詳細をお伝えします。

◆受講料 無料 (なお、資料代1,000円、交通費、使用テキスト代は受講者負担)
※ただし、使用するテキストは、事前に受講者の方ご自身に購入いただきます。
【使用テキスト：同行援護従業者養成研修テキスト(2,640円)】

◆会場 総合研修センターほか(JR川崎駅より徒歩約10分)

◆申込方法 締切日までに申込書に必要事項をご記入の上、総合研修センターまで郵送またはFAXにてお申込みください。
申込書はホームページ(<http://www.kourei-c.jp>)よりダウンロードできます。
ご受講の可否に関わらず、必ず受講決定通知を郵送いたします。

【お申込み・お問合せ】

社会福祉法人 川崎市社会福祉協議会 総合研修センター
〒210-0024 川崎市川崎区日進町5-1 川崎市複合福祉センター「ふくふく」2階
TEL 044-223-6509 FAX 044-223-6598

■ ■ 研修カリキュラム ■ ■

	日程	時間	カリキュラム
1日目	(第1回) 10月 8日(金)	9:00~ 9:15~ 9:25 9:25~10:25	受付 開講式・オリエンテーション 障害・疾病の理解②
	(第2回) 3月 3日(木)	10:35~11:35 11:35~12:45 12:45~15:55 15:55~16:55	障害者(児)の心理② 昼食(食事支援30分) 場面別基本技能 (窓口やカウンター、店舗での買い物など) 場面別応用技能① (会議、式典、研修会での対応など)
2日目	(第1回) 10月 16日(土)	9:00~ 9:15~ 11:15	受付 場面別応用技能① (屋外での情報提供、情報支援など)
	(第2回) 3月10日(木)	11:35~13:25 14:20~16:20	交通機関の利用① 交通機関の利用②
		17:40~17:50	閉講式

※1 今回の研修では、応用課程のみになります。

欠席・遅刻・早退した場合は、後日日程を調整させていただいたうえで、総合研修センターで該当科目の補講を行います。ただし、補講の実施期間は研修日より1か月以内となります。

※2 受講に関する免除科目はありません。詳細は受講決定通知でお知らせいたします。

■ ■ 研修会場 ■ ■



住所 〒210-0024 川崎市川崎区日進町5-1

交通 JR「川崎」駅より徒歩10分
京急「八丁畷」駅より徒歩8分

送信先 (FAX) : 044-223-6598

令和3年度同行援護従業者養成研修 (応用課程)

※今回の募集は第1回のみになります。第2回については後日詳細をお伝えします。

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 女性 ・ <input type="checkbox"/> 男性
氏名		生年月日	昭和/平成 年 月 日 (才)
住所	〒 ー		
連絡先			
希望コース ※○をつけて ください	第1回 (10/8、10/16)		
◆川崎市内に <input type="checkbox"/> 在住 ・ <input type="checkbox"/> 在勤 ・ <input type="checkbox"/> 在学 (勤務先/学校名)			
◆現在の状況について <input type="checkbox"/> 就業者 ・ <input type="checkbox"/> 学生 ・ <input type="checkbox"/> ボランティア <input type="checkbox"/> 視覚障害児者に関わりを持っている <input type="checkbox"/> その他 ()			
◆今後の予定について <input type="checkbox"/> 同行援護従業者として従事する <input type="checkbox"/> その他 ()			
◆福祉分野の資格があればご記入ください。 (介護職員初任者研修、介護福祉士、社会福祉士等) ()			
※必ずご記入ください↓↓			
お申込み頂いた動機についてお教えてください。 ()			

<個人情報の取り扱いについて>

同行援護従業者養成研修 (応用課程) の申込に関して事務局が知り得た住所、電話番号等の個人情報は、当該研修業務の適切な運営に使用いたします。

キ
リ
ト
リ