

令和元年度 障がい者スポーツ指導員養成研修会 実 施 要 項

1. 目 的 障害者の適性に応じた運動競技種目及び身体運動の実施方法並びにリハビリテーションとの関連性等について研修を行い、障害者スポーツの指導に習熟した指導者の育成を図ることにより、障害者スポーツの推進に寄与する。
2. 主 催 全国障害者総合福祉センター（戸山サンライズ）
3. 後 援 公益財団法人 日本障がい者スポーツ協会
(予 定) 一般社団法人 日本ソーシャルワーク教育学校連盟
4. 開催場所 全国障害者総合福祉センター（戸山サンライズ）
〒162-0052 東京都新宿区戸山1-22-1
TEL 03(3204)3611（代） FAX 03(3232)3621
5. 期 間 令和元年 8月20日（火）～8月23日（金）
6. 対 象 者 一般社団法人日本ソーシャルワーク教育学校連盟加盟校及び教育学系・体育学系の学生で社会福祉を専攻し各主任教員等の推薦する者、および各都道府県・市区町村社会福祉協議会や障害福祉サービス事業所等に勤務する職員で障害者のスポーツ・レクリエーション活動に興味があり、今後の障害者スポーツ活動の振興に貢献する意欲のある者。
7. 定 員 50名（応募者多数の際は抽選で受講者を決定させていただく場合があります）
8. 必要経費 ①研修費 14,000円
（障がい者スポーツ指導教本、全国障害者スポーツ大会競技規則集の代金含む）
②宿泊費（1泊朝食付き） 5,000円（希望者のみ・相部屋）
〃 6,500円（〃 ・個室・健常者）
〃 5,000円（〃 ・個室・障害者）
（宿泊費は、宿泊する日数分ご用意いただきます。）
9. 申込方法 ①学生の方
受講申込書（別紙2）・推薦書に記入し、各学校で一括して全国障害者総合福祉センター（戸山サンライズ）へ郵送してください。
②社会人の方
受講申込書（別紙3）を全国障害者総合福祉センター（戸山サンライズ）宛に直接お申し込みください。FAXにて申し込む場合は、送信後、必ず当センター養成研修係まで受信の可否を確認してください。
10. 申込〆切 令和元年 7月12日（金）必着
11. 受講決定 令和元年 7月19日（金）頃、本人宛に別途通知書を発送します。
12. 修了証書 全課程修了者には修了証書を授与します。（欠席・遅刻・早退の著しい者には授与しない場合もありますのでご注意ください）
13. 資格申請 修了者は公益財団法人日本障がい者スポーツ協会公認初級障がい者スポーツ指導員としての資格申請をすることができます。
（資格申請には、申請・認定料5,500円、年会費3,800円が別途かかります）
14. 宿泊申込 当センターに宿泊を希望する受講者は、宿泊申込書よりお申し込みください。個室利用はご希望に添えられない場合がありますので、ご了承ください。なお、できる限りキャンセル等変更がないようにお願いします。

カリキュラム

講 義 名	時間	講 義 名	時間
1. 障がい者福祉施策と障がい者スポーツ	2.0	6. 障がいの理解とスポーツ（身体・内部）	2.0
2. 障がい者スポーツの意義と理念	2.0	7. 障がいの理解とスポーツ（知的・精神）	3.0
3. 障がい者スポーツ指導員制度・ 全国障害者スポーツ大会の概要	2.0	8. 障がいに応じたスポーツの工夫・実施	2.0
4. ボランティア論	2.0	9. 障がい者との交流	2.0
5. 安全管理	1.0		

※本カリキュラムは都合により変更することがあります。

(別紙2) 学生用

令和元年度 障がい者スポーツ指導員養成研修会 受講申込書及び推せん書

ふりがな	男	昭和 ・ 平成		
氏名	女	年	月	日生 歳
学校名				学年 年生
学校	〒			
所在地	tel ()			
現住所	〒			
	tel ()			
受講の動機				
障害の有無	無・有 ()			年 月 日

上記の学生の受講申し込みを推せんいたします。

推せん教員氏名

印

宿泊申込書

月	日
月	日
月	日
月	日
月	日
個室希望	有・無
禁煙室希望	有・無

- ①個室利用の希望に添えない場合もあります。
※洋室・和室の割り当ては当方にご一任ください。
②禁煙室のご希望に添えないこともあります。
③宿泊のご希望に添えない場合は連絡します。

戸山サンライズ処理欄

1	2	
／	／	

※本書に記載いただいた個人情報は、研修会以外の目的には使用しません。

氏名、学校名、学年を記載した受講者名簿につきましては、受講者間の情報交換等を目的として各受講者に配布いたしますので、ご了解ください。差し障りある場合には、お手数ですが下記事務局までご連絡ください。

※事務局連絡先

全国障害者総合福祉センター（戸山サンライズ） 養成研修係

TEL : 03-3204-3611

FAX : 03-3232-3621

(別紙3) 社会人用

全国障害者総合福祉センター（戸山サンライズ）研修会 受講申込書

研修会名	令和元年度 障がい者スポーツ指導員養成研修会		
ふりがな 氏名	男 女	昭和・平成 年 月 日生 歳	
勤務先名			役職名
事業種別			障害福祉従事年数 年 ヶ月
所在地	〒 TEL ()		
今回の研修会で 学びたいこと			
障害の有無	無 ・ 有 () 車いす使用 手話通訳必要		
受講決定通知文書の宛名	所属長	本人	その他 ()
メールアドレス (任意)	※PDFデータを添付しますので、携帯電話以外のメールアドレスをご記入ください		

※受講決定通知の書類一式（受講決定通知文書、日程表、連絡事項等）は受講者ご本人宛て（勤務先住所）に郵送いたします。
※本書に記載いただいた個人情報は、研修会以外の目的には使用いたしません。
氏名、勤務先名、役職名を記載した受講者名簿につきましては、受講者間の情報交換等を目的として各受講者に配布いたします
ので、ご確認ください。差し障りのある場合は、お手数ですが事前に事務局までご連絡ください。
※今後当センターが実施する研修会等の案内を希望される方はメールアドレスをご記入ください。

宿泊日程	月 日 月 日 月 日 月 日	①個室希望の希望に添えない場合もあります。 ※洋室・和室の割り当ては当方に一任ください。 ②禁煙室の希望に添えない場合もあります。 ③宿泊の希望に添えない場合は連絡いたします。
個室利用 〔個室は有に○〕 〔相部屋は無に○〕	有 ・ 無	宿泊を希望する方は必ず○をしてください。
禁煙室希望 〔禁煙室は有に○〕 〔喫煙室は無に○〕	有 ・ 無	

戸山サンライズ処理欄

1	2	