

令和元年度
障害者施設職員研修会（新任職員コース）
～利用者主体の支援に向けて～

実 施 要 項

1. 目 的 障害者施設等の新任職員に対し、施設の一員として活躍できるよう必要な知識等について研修し、施設運営等の円滑化を図ることを目的とします。
2. 主 催 全国障害者総合福祉センター（戸山サンライズ）
（厚生労働省委託事業）
3. 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 1－2 2－1
TEL 03(3204)3611（代） FAX 03(3232)3621
4. 期 間 令和元年 7月1日（月）～7月3日（水）
5. 対 象 者 障害者関係施設等に現に従事している新任職員（異動による新任職員も含む）。
6. 定 員 70名
（申込状況により、定員を調整する場合がございます。）
7. カリキュラム 別紙1のとおり
※日程表・担当講師等は決定次第、当センターHP上に掲載いたします。
また、直接お問い合わせいただければ、決定後に個別にご連絡を差し上げます。
8. 必要経費 ①研修費 12,000円
②懇親会費 3,000円（希望者のみ）
（懇親会は初日の講義終了後に開催を予定しています。）
③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、宿泊をする日数分ご用意いただきます。）
9. 申込方法 受講申込書（別紙2）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. 申込締切 令和元年 6月7日（金）**必着**
11. 受講決定 令和元年 6月14日（金）頃、受講者決定通知を発送予定。
（受講申込者宛てに受講決定・受講不可を問わず通知いたします。）
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がありますのでご注意ください。）
13. 宿泊申込 当センターに宿泊を希望する受講者は、宿泊申込書に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もありますので、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。

(別紙 1)

令和元年度
障害者施設職員研修会（新任職員コース）
～利用者主体の支援に向けて～

カリキュラム

講義名	時間数
1. 障害者福祉の動向	2
2. とともに生きる社会をつくるために	2.5
3. 利用者の自立とは	2.5
4. 発達障害への理解と支援の実際	2
5. 利用者とのコミュニケーション能力を高める	2.5
6. 「利用者主体の支援とは」 ～福祉従事者としての心がまえ～	5.5

※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)

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 障害者施設職員研修会 (新任職員コース)		
ふりがな 氏名	男 女	昭和・平成	年 月 日生 歳
勤務先名	役職名		
	障害福祉従事年数		年 ヶ月
事業種別	現事業所従事年数		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		
懇 親 会 (どちらかに○をしてください)	参 加 不参加		

※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、ご了解ください。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	
禁煙室希望 (禁煙室は有に○ 喫煙室は無に○)	有 ・ 無	

宿泊を希望する方は必ず○をしてください。

戸山サンライズ処理欄		
1	2	