

平成30年度同行援護従業者養成研修一般課程

1. 目的 移動支援技術の講義や演習等を通して、視覚障害者が移動する際の介助等に必要な知識・技能を有する方の養成を目的とする。
2. 主催 社会福祉法人仙台市障害者福祉協会
3. 開催日 平成31年2月13日(水)～15日(金)の3日間
4. プログラム

月日(曜日)	時刻	内 容	会 場
2月13日 (水)	9:00～9:30	開講式 研修オリエンテーション	仙台市福祉プラザ 10階第三研修室
	9:30～10:30	講義 視覚障害者(児)福祉サービス	
	10:30～12:30	講義 同行援護の制度と従業者の業務	
	12:30～13:30	休憩	
	13:30～15:30	講義 同行援護の基礎知識	
2月14日 (木)	9:00～10:00	講義 障害者(児)の心理	仙台市福祉プラザ 7階創作室
	10:00～12:00	講義 障害・疾病の理解	
	12:00～13:00	休息	
	13:00～15:00	講義 代筆・代読の基礎知識	
	15:00～15:10	休息	
	15:10～17:10	講義 情報支援と情報提供	
2月15日 (金)	9:00～11:00	演習 基礎技能	仙台市福祉プラザ 10階第四研修室
	11:00～13:00	演習 基礎技能	
	13:00～13:30	休憩	
	13:30～14:30	演習 応用技能	
	14:30～17:30	演習 応用技能	
	17:30～18:00	閉講式 事務連絡	

5. 定員 20名 ※定員になり次第、受付を締め切ります。
6. 受講の対象 3日間の受講が可能な方で、養成研修修了後、同行援護事業に従事することが可能な方
7. 受講料 26,000円
(同行援護従業者養成研修テキスト代2,592円、消費税、保険料を含む)
※ その他、昼食及び交通費は各自ご負担願います。また、15日は昼食の情報提供の実技があります。500円程度のお弁当代が必要になります。

※ 受講料振込先

七十七銀行 荒町支店 普通預金 9121765
社会福祉法人仙台市障害者福祉協会 会長 阿部一彦

8. 修了の認定 全科目を履修し、知識、実技において一定の水準を習得し、修了者として適正な能力を有すると認められた方に対して、同行援護従業者養成研修一般課程の「修了証明書」(宮城県)を交付します。
9. 研修科目の免除
- 1) 介護福祉士, 居宅介護職員初任者等研修修了者又は修了予定者若しくは旧要綱に基づく研修修了者又は修了予定者, 介護保険法上の介護職員初任者研修修了者又は修了予定者
 - (1) 障害・疾病の理解 (2時間)
 - (2) 障害者(児)の心理に関する講義 (1時間)
 - 2) 視覚障害者移動介護従業者養成研修修了者 (旧要綱)
 - (1) 視覚障害者 (児) 福祉の制度とサービス (1時間)
 - (2) 障害・疾病の理解 (2時間)
 - (3) 障害者 (児) の心理に関する講義 (1時間)
10. 申込期限 平成31年1月28日(月)(必着)
11. 申込方法 申込書を郵便又は持参にて社会福祉法人仙台市障害者福祉協会まで提出してください。
(電話やFAXによる申込みは不可)
12. 問合せ先 社会福祉法人仙台市障害者福祉協会
〒980-0022
宮城県仙台市青葉区五橋二丁目12-2
TEL 022-266-0294 FAX 022-266-0292
13. その他
- ・アイマスクを各自ご準備ください。
 - ・動きやすい服装と歩きやすい靴で受講してください。
 - ・受講者の安全を考慮し、傷害保険に加入します。

【研修会場へのアクセス】

●仙台市福祉プラザ

住所：〒980-0012 仙台市青葉区五橋二丁目12-2

交通：仙台市営地下鉄五橋駅から徒歩1分

JR 仙台駅から徒歩20分

平成30年度同行援護従業者養成研修一般課程

受講申込書

フリガナ			記入年月日 年 月 日
氏名			
S.H	年 月 日生 (満 歳)	性別 男・女	
フリガナ			TEL.
自宅住所	〒 ー		携帯
			FAX.
E-mail			
フリガナ			TEL.
連絡先	〒 ー		携帯
	(自宅住所以外に連絡を必要とする場合のみ記入)		FAX.
E-mail			
所持資格 (該当箇所 に☑)	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 居宅介護職員初任者等研修 修了・修了予定 (年 月) <input type="checkbox"/> 介護保険法上の介護職員初任者研修 修了・修了予定 (年 月) <input type="checkbox"/> 居宅介護従業者養成研修1級 (年 月) <input type="checkbox"/> 居宅介護従業者養成研修2級 (年 月) <input type="checkbox"/> 介護保険上の訪問介護員養成研修1級 (年 月) <input type="checkbox"/> 介護保険上の訪問介護員養成研修2級 (年 月) <input type="checkbox"/> 視覚障害者移動介護従業者養成研修修了 (年 月) <input type="checkbox"/> その他 ()		
申込書 送付先 問合せ先	社会福祉法人仙台市障害者福祉協会 〒980-0022 宮城県仙台市青葉区五橋二丁目12-2 TEL 022-266-0294 FAX 022-266-0292		
注意事項	(1) 記入された情報は、本研修に関わる情報提供以外に使用しません。 (2) 資料等の送付先は、本申込書欄の連絡先になります。 (3) 受講料の振り込みの順に正式な受付とし、定員になり次第締め切ります。 (締め切り後に振り込まれた場合には返金致します。)		