

1. 《趣旨》

障害者の資格取得を支援し、専門的な「知識」と「技能」を身に付けた豊かな人材を育て、障害者の就労を支援することを目的としています。

2. 《主催》 静岡県

〈受託団体〉 一般社団法人静岡県社会就労センター協議会
〈実施法人〉 社会福祉法人富岳会
社会福祉法人明光会
社会福祉法人天竜厚生会
社会福祉法人農協共済中伊豆リハビリテーションセンター

3. 《研修期間》

平成30年7月～平成30年12月（研修時間は195時間）
開講式…平成30年7月26日（木）会場：5風来館4階会議室
修了式…平成30年12月20日（木）会場：5風来館4階会議室

4. 《受講対象者の要件》

- ① 障害者手帳または医師の診断書を所持する障害のある人
 - ② 介護現場等へ一般就労を希望する人
 - ③ 全ての開講日に参加でき、原則として自分で受講会場に通える人
- 以上、全てにあてはまる人

※受講の許可に当たっては、面接などを行います。

※受講希望者が定員に達した場合は、当該年度に就労する人を優先します。

5. 《受講定員》

受講定員は、40名とし、各地区10名程度とします。

6. 《受講料》

受講料は無料です。但し、研修で使用するテキストの代金として5,400円をいただきます。受講するための交通費、食事代は別途実費が必要です。

7. 《取得資格》

研修を全て受講し、筆記試験に合格した人は、居宅介護職員初任者研修課程修了者として認定され、修了式において県知事名の修了証明書が交付されます。

8. 《^{けんしゅうないよう}研修内容》

1) 【^{こうぎ}講義および^{えんしゅう}演習・^{じっしゅう}実習】

^{かいご} 介護の^{きほん}基本・^{ろうじんふくし}老人福祉や^{しょうがいしゃふくし}障害者福祉に^{かん}関する^{ちしき}知識、

^{せいかつしえんぎじゆつ} 生活支援技術^{しゅうとく}を^{しゅうとく}習得

2) ^{しゅうりょうひょうか}修了評価 ^{ひっきしけん}筆記試験

^{ひっきしけん} 筆記試験日 ^{へいせい} 平成30年^{ねん} 12月^{がつ} 14日^{にち} (金)

^{ただ} 但し、^{ひっきしけん} 筆記試験は^{けんしゅうそうじかんすう} 研修総時間数^{じかん} 195時間^{ふく}には含まれません。

9. 《^{かい}会 ^{じょう}場》

^{とうぶちく} 東部地区：^{しゃかいふくしほうじん} 社会福祉法人 ^{ふがくかい} 富岳会 ^{ふがく} 富岳の園

^{ちゅうぶちく} 中部地区：^{しゃかいふくしほうじん} 社会福祉法人 ^{めいこうかい} 明光会 ^{しゅうかいしつ} 集会室

^{せいぶちく} 西部地区：^{しゃかいふくしほうじん} 社会福祉法人 ^{てんりゅうこうせいikai} 天竜厚生会 ^{けんしゅう} 研修センター

^{いすちく} 伊豆地区：^{しゃかいふくしほうじんのうきょうきょうさいなかいす} 社会福祉法人農協共済中伊豆リハビリテーションセンター ^{かいぎしつ} 会議室

10. 《^{もうしこ}申込み^{きかん}期間》

^{へいせい} 平成30年^{ねん} 6月^{がつ} 25日^{にち} (月) から 7月^{がつ} 20日^{にち} (金)

11. 《^{もうしこ}申込み^{さきおよ}先^{といあわ}及^{さき}び^き問合せ先》

^{いっばんしゃだんほうじんしずおかけんしゃかいしゅうろう} 一般社団法人静岡県社会就労センター ^{きょうぎかい} 協議会

^{しずおかしあおいごふくちよう} 〒420-0031 静岡市葵区呉服町2-1-5 ^{すずき} Tel: 054-204-5088 鈴木

^{とうぶちく} 東部地区：^{しゃかいふくしほうじん} 社会福祉法人 ^{ふがくかい} 富岳会 ^{ふがく} 富岳の園

^{ごてんばしこうやま} 〒412-0033 御殿場市神山1925-1148 ^{はやの} Tel: 0550-87-0167 早野

^{ちゅうぶちく} 中部地区：^{しゃかいふくしほうじん} 社会福祉法人 ^{めいこうかい} 明光会

^{しずおかしあおいくしいのお} 〒421-1211 静岡市葵区慈悲尾180 ^{いしだ} Tel: 054-278-7005 石田

^{せいぶちく} 西部地区：^{しゃかいふくしほうじん} 社会福祉法人 ^{てんりゅうこうせいikai} 天竜厚生会 ^{けんしゅう} 研修センター

^{はままつしてんりゅうくわたがしま} 〒431-3492 浜松市天竜区渡ヶ島217-3 ^{すずき} Tel: 053-583-1123 鈴木

^{いすちく} 伊豆地区：^{しゃかいふくしほうじんのうきょうきょうさいなかいす} 社会福祉法人農協共済中伊豆リハビリテーションセンター

^{いすしひえかわ} 〒410-2507 伊豆市冷川1523-108 ^{つちや} Tel: 0558-83-2111 土屋

12. 《^{こじんじょうほう}個人情報^との^{あつか}取り扱い^{について}》

^{ほんけんしゅうかい} 本研修会の^{もうしこみしゃ} 申込者^{こじんじょうほう} にかかる^{こじんじょうほうほごほう} 個人情報^{もと}は、個人情報保護法に基づき、

^{てきせつ} 適切^とに取り^{あつか}扱うこととしており、^た 他^{もくてき}の目的^{しよう}で使用^{しよう}することはありません。

^{さんかしゃそうご} 参加者相互^{じょうほうこうかん}の^{こうりゅう} 情報^{えんかつ}交換^{おこな}、^{もくてき} 交流^{さんかしゃめいぼ}を円滑^{さんかしゃめいぼ}に行^{しめい}うことを^{けいさい}目的^{けいさい}として「参加者名簿」

^{さくせい} を作成^{とうじつさんかしゃ}し、^{はいふ} 当日^{さんかしゃめいぼ}参加者^{しめい}に^{けいさい}配布^{けいさい}します。参加者名簿には氏名のみを掲載します。

平成30年度 知的障害者等居宅介護職員初任者研修

受講申込書

平成30年度知的障害者等居宅介護職員初任者研修を受講したいので申し込みます。

受講希望会場

氏名	(ふりがな)		性別	年齢	歳
			生年月日	昭和・平成	年 月 日
住所	〒				
電話番号	固定電話		携帯番号		
学校、勤め先 通所先				学年	年生
受講者の親族 等、連絡先氏名	(ふりがな)		受講者との 関係		
住所	〒				
	(受講生 と住所 が異なる場合に記入)				
電話番号	固定電話		携帯番号		
障害の程度についてご記入ください。					

※障害者手帳の写しを添付してください。