

平成31年度 第1回

同行援護従事者養成研修

一般
応用

【主催】公益財団法人川崎市身体障害者協会 【指定番号】指定A第0015号

同行援護従事者養成研修（一般課程・応用課程）は、一般課程では3日間で視覚障害者の方が安心して外出できるよう、必要な知識や技術を学び、応用課程では2日間で一般課程で習得した知識及び技術を深めるとともに重度の視覚障害者（児）の障害及び疾病の理解や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。

本研修では、一般課程と応用課程の全課程の受講が条件となります。

【開催日程】

令和元年

9月19日（木）、9月20日（金）、9月24日（火）（一般）
10月24日（木）、10月25日（金）（応用） 全5日間

※詳細は裏面参照

【会場】

川崎市教育文化会館

川崎市川崎区富士見2-1-3
（裏面の会場案内図を参照）

【カリキュラム】

講義及び演習（計32時間） ※詳細は裏面参照

※研修の全課程修了者へ修了証明書を交付します。ただし、欠席・遅刻・早退その他受講態度に問題がある場合等は修了証明書を交付しません。

（天災等で交通機関に遅延が生じた場合は考慮します。）

【定員】

20名（先着順）

※受講可否は研修日の7日前までに郵送にて通知します。

※1事業所3名まで。

【申込期間・方法】

令和元年8月26日（月）～9月4日（水）

受講申込書に必要事項をご記入の上、本会へFAXまたは持参でお申込みください。（郵送不可）

☆案内・申込用紙は「川身協」HPからもダウンロードが可能です。☆
<http://kawashinkyou.la.coocan.jp/youseikensyu.html>

【受講料】

無料（ただし、演習にかかる費用は本人負担とします。）
テキストは受講者が用意して、必ず研修時にお持ちください。

テキスト…中央法規出版

「同行援護従業者養成研修テキスト 第3版」2,400円（税別）

【対象者】

川崎市内在住または在勤で、同行援護従事者として従事することを希望される方



お申込み・お問い合わせ先

公益財団法人川崎市身体障害者協会 研修担当

午前8時30分～午後5時（月～金曜日）

〒210-0834 川崎市川崎区大島1-8-6

TEL: 044-211-0747

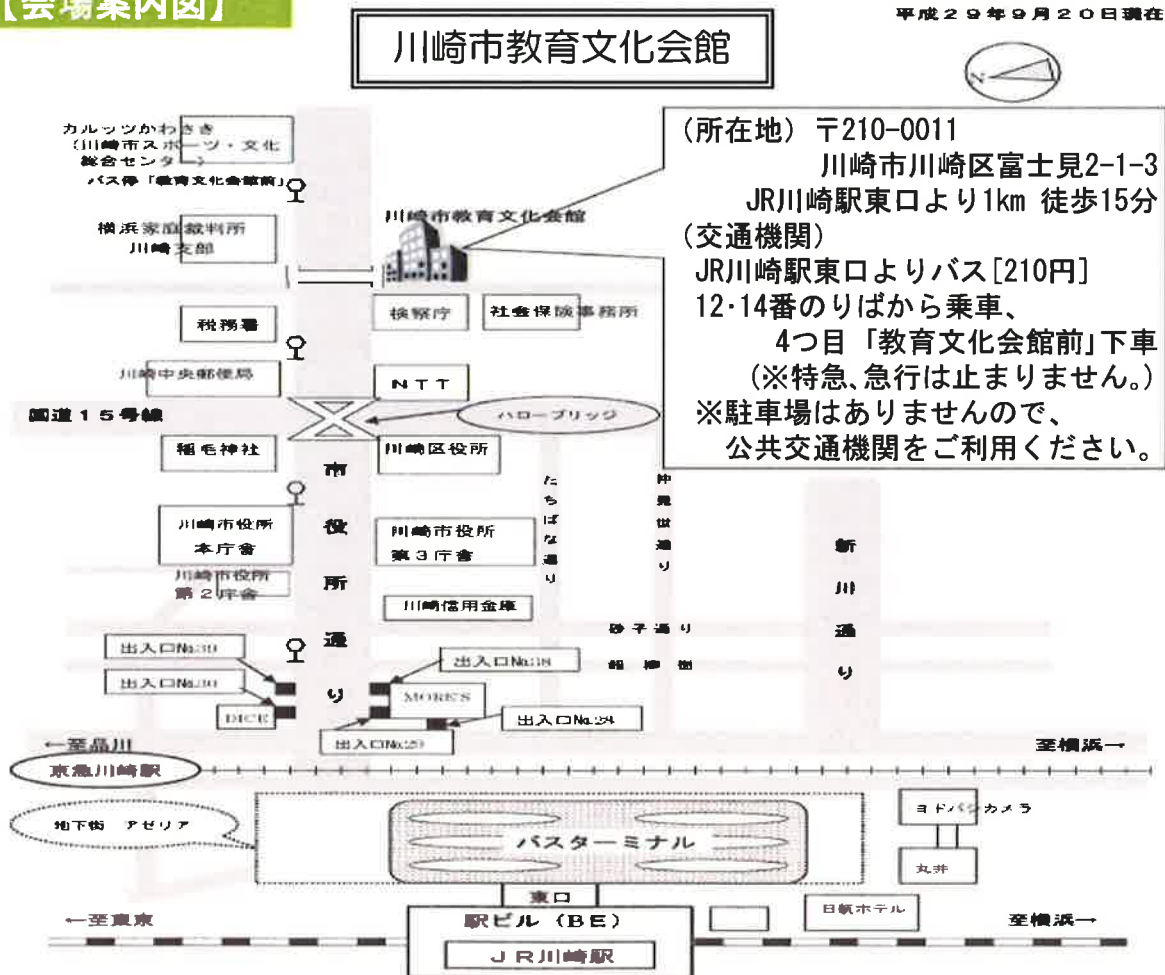
FAX: 044-246-6943

【カリキュラム】

| | | | | | | | | | | |
|------------------|----------------|----------------|------|-----------------|------------------|----------|----------------|----|------------|--|
| 一 般 課 程 | 9/19(木) | 9:00~ 17:30 | 受付 | | 応 用 課 程 | 10/24(木) | 9:00~ 16:20 | 受付 | | |
| | | | 開講式 | | | | | 講義 | 障害者(児)の心理② | |
| | | | 講義 | 同行援護の制度と従業者の業務 | | | | | 障害・疾病の理解② | |
| | | | | 障害者(児)の心理① | | | | 演習 | 場面別基本技能 | |
| | | | | 代筆・代読の基本知識 | | | | | 場面別応用技能 | |
| | 情報支援と情報提供 | | 受付 | | | | | | | |
| | 9/20(金) | 9:00~ 17:20 | 受付 | | | 10/25(金) | 9:00~ 16:15 | 演習 | 場面別応用技能 | |
| | | | 講義 | 視覚障害者(児)の福祉サービス | | | | | 交通機関の利用 | |
| | | | | 障害・疾病の理解① | | | | | | |
| | 同行援護の基礎知識 | | 受付 | | | | | | | |
| 9/24(火) | 9:00~ 16:00 | 演習 | 基本技能 | | 基本技能 | | | | | |
| | | | 応用技能 | | 応用技能 | | | | | |

※開始・終了時刻は変更する場合があります。

【会場案内図】



本研修は、神奈川県知事の指定する同行援護従業者養成研修（一般課程・応用課程）です。
また、川崎市障害福祉従事者養成研修事業補助金交付事業に基づき実施する研修です。

平成31年度 同行援護従事者養成研修(一般課程・応用課程)

受講申込書

記入日 令和元年 年 月 日

| | | | |
|--|--|----|-----------|
| (ふりがな) | | | |
| 氏名 | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日生(歳) | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | ※日中連絡が可能なものをご記入下さい。 | | FAX番号 |
| 現在お持ちの資格 | 該当する資格に○をつけて下さい。 介護福祉士・介護職員初任者研修・その他 () なし | | |
| 【必須】現在、福祉関係の事業所に勤務していますか。該当する項目に○をつけてください。 | | | |
| 勤務している | (事業所名) | | ・ 勤務していない |

注意事項

※受講申込書は不備なくご記入ください。

※期日を厳守してください。

申込期間

令和元年8月26日(月)～9月4日(水)必着

公益財団法人川崎市身体障害者協会 研修担当宛

FAX: 044-246-6943