

あなたのぱれっとに あたらしい色を加えませんか？

兵庫県指定

## NPO法人 ぱれっと 行動援護従業者養成研修



### ご 案 内

研修内容	行動援護従業者養成研修
受講資格	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 今後、障害者の行動援護に従事することを希望される方</li><li>・ すでに従事することが確定している方</li><li>・ すでに従事されている方</li><li>・ 障害福祉に気持ちのある方</li></ul>
研 修 日	令和3年 7月 11日(日) 9:00~16:15 7月 17日(土) 9:00~16:15 7月 18日(日) 10:00~17:00 7月 25日(日) 9:00~17:00 4日間
研修会場	NPO法人ぱれっと デイサービスぱれっと デイサービスフロア (神戸市西区枝吉4丁目86-1) コロナの影響によりZOOMでオンラインの講義を行う可能性があります。
募集人員	15名(定員を超えた場合は原則先着順とします。)
受講料 支払方法	20,000円 ※費用は受講決定後、振込用紙をお送りしますので期日までにお振込 いただくようになります。
申込方法	別紙申込用紙にご記入の上、郵送又はFAXで下記までお申込み下さい 折り返し事業所よりご案内差し上げます。
申込締切	令和3年6月25日(金) 必着
申 込 先	〒651-2133 神戸市西区枝吉4丁目86-1 NPO法人 ぱれっと (担当 川田) TEL (078) 920-1113 FAX (078) 920-1114
注意事項	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 全ての科目の受講及び演習を修了された方に修了証を交付します。</li><li>・ 補講は原則行いません。欠席のないようお願いします。</li></ul>

**強度行動障害支援者研修等で講師を務める講師陣が皆様にお教えいたします！  
強度行動障害支援者養成研修の実践研修にも相当する行動援護従業者養成研修を  
ぜひご受講ください。**

**研修は、「社会福祉法人あかりの家」様等の強力なバックアップをいただき開催しています。実践を通してきたレベル高い研修をぜひ受講ください。**

7月 11日 (日)	9:00~9:30	受付 オリエンテーション ※オリエンテーションは9:15~9:25
	9:30~10:30 (1h)	・強度行動援護障害がある者の基本的理解 (知的障害)
	10:45~11:45 12:30~14:00 14:15~15:45 (4h)	・強度行動障害に関する制度及び支援技術の基礎的な知識 (上記の内支援技術の基礎的な知識)
	15:45~16:15 (0.5h)	・強度行動障害と生活の組み立てに関する講義
	7月 17日(土)	9:00~10:00 (1h)
10:15~12:15 (2h)	・強度行動障害がある者へのチーム支援の講義 (知的障害)	
13:00~14:30 (1.5h)	・行動障害の背景にある特性の理解に関する演習	
14:45~16:15 (1.5h)	・記録に基づく支援の評価に関する演習	
7月 18日(日)	10:00~13:00 (3h)	・行動障害がある者の固有のコミュニケーションの理解に関する演習
14:00~17:00 (3h)	・環境調整による強度行動障害の支援に関する演習	
7月 25日(日)	9:00~12:00 (3h)	・障害特性の理解とアセスメントに関する演習
	13:00~13:30 (0.5h)	・強度行動援護障害がある者の基本的理解 (精神障害)
	13:30~14:30 (1h)	・強度行動障害がある者へのチーム支援の講義 (精神障害)
	14:45~15:45 (1.0h)	・強度行動障害に関する制度及び支援技術の基礎的な知識 (上記の内制度)
	15:45~16:45 (1.0h)	・危機対応と虐待防止に関する演習
	16:45~17:00	・修了式



FAX(078)920-1114

郵送 〒651-2133

TEL(078)920-1113

神戸市西区枝吉4丁目86-1

NPO法人 ぱれっと 宛

**NPO 法人 ぱれっと** 行動援護従業者養成研修

## 受講申込書

申込年月日	令和 3年 月 日		
フリガナ 氏 名		性 別	男 ・ 女
		生年月日	昭 平 年 月 日
住 所	〒		
	E-mail @		
	TEL ( ) -		
	FAX ( ) -		
勤 務 先 事 業 所 名			
	TEL ( ) -		
お持ちの資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー 級 <input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
経 験 (施設 病院等)	<input type="checkbox"/> 知的障害者 発達障害者 の支援等 ( 年)		
	<input type="checkbox"/> 精神障害者 の支援等 ( 年)		
	<input type="checkbox"/> その他 ( 年)		
受講の動機 目的 理由			
注意事項	修了者の名簿は全て事業所管理となりますが、兵庫県への届出は必要 です。ご承知ください。(個人情報の観点より)		
質問あれば ご記入ください			

この申込みを上記 FAX もしくは郵送でお送りください。

お申込みいただいた方に案内を上記の住所にお送りしますのでご確認ください。

※ FAX 郵送 どちらでもかまいませんが、6月25日必着とします。