

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
同行援護従業者養成研修
(一般課程 応用課程)



ご 案 内

研修内容	同行援護従業者養成研修(一般課程 応用過程)
受講資格	<ul style="list-style-type: none">・ 今後、同行援護に従事することを希望される方・ すでに従事することが確定している方・ すでに従事されている方・ 障害福祉に気持ちのある方
研 修 日	(一般課程) 令和3年 9月 11日(土) 9:00~16:40 3日間 9月 12日(日) 8:30~16:40 9月 18日(土) 9:00~17:15 (応用課程) 令和3年 9月 19日(日) 9:00~16:10 2日間 9月 25日(土) 9:00~16:30
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ー (神戸市西区枝吉4丁目86-1) 演習は外に出ます。
募集人員	一般課程 10名 応用課程 10名 トータルとして16名を越えない範囲
受講料 支払方法	一般課程 15,000 円、 応用課程 15,000 円 両課程受講の方は 20,000 円 テキスト 同行援護従業者養成研修テキスト第3版 中央法規2,640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 案 内	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申し上げます。
申込締切	令和3年8月20日(金) 必着 (原則として先着順とします)
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">・ 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。・ 補講は原則行いません。欠席のないようお願いいたします。

同行援護従業者養成研修課程

9月 11日 (土) 一般課程	9:00~9:30 (0.5h)	受付 オリエンテーション (9:15~9:30)
	9:30~10:30 (1h)	視覚障害者(児)福祉の制度とサービス
	10:30~12:30 (2h)	同行援護の制度と従業者業務
	13:30~14:30 (1h)	障害・疾病の理解①—1
	14:30~15:30 (1h)	障害者の心理①
	15:40~16:40 (1h)	情報支援と情報提供①
9月 12日 (日) 一般課程	8:30~10:30 (2h)	同行援護の基礎知識
	10:40~12:40 (2h)	代筆・代読の基礎知識
	13:30~14:30 (1h)	障害・疾病の理解①—2
	14:30~15:30 (1h)	情報支援と情報提供②
	15:40~16:40 (1h)	基本技能①
9月 18日 (土) 一般課程	9:00~12:00 (3h)	基本技能②
	13:00~17:00 (4h)	応用技能
	17:00~17:15	一般課程 修了式
9月 19日 (日) 応用課程	9:00~10:00 (1h)	障害・疾病の理解②
	10:00~11:00 (1h)	障害者の心理②
	11:10~12:10 (1h)	場面別基本技能①
	13:00~15:00 (2h)	場面別基本技能②
	15:10~16:10 (1h)	場面別応用技能①
9月 25日 (土) 応用課程	9:00~11:00 (2h)	場面別応用技能②
	11:10~12:10 (1h)	交通機関の利用(バス)
	13:00~16:00 (3h)	交通機関の利用(電車)
	16:10~16:30	応用課程 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 同行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		
申込内容	<input type="checkbox"/> 一般課程 <input type="checkbox"/> 応用課程 <input type="checkbox"/> 両課程受講 ※必ずチェックを入れてください		
フリガナ 氏 名	性別	男 ・ 女	
	生年月日	昭 平	年 月 日
住 所 (ご自宅)	〒		
	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"/> 視覚障害者の支援等 (年) <input type="checkbox"/> その他の障害者の支援等 (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のでご承知ください。(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、8月20日必着とします。

(原則 先着順としますが受講の動機や目的を参考にさせていただく場合があります)