

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

認定NPO法人 ぱれっと



後援 社会福祉法人 明桜会

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">今後、障害者の行動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	令和5年 10月 8日(日) 9:00~16:15 10月 15日(日) 9:00~16:15 10月 21日(土) 9:00~16:15 10月 22日(日) 9:00~17:00 4日間
研修会場	社会福祉法人明桜会 サポートセンター翔(はばたき) (明石市魚住町長坂寺740) JR魚住駅より徒歩15分 ※新型コロナウイルスの影響により、デイサービスぱれっと(神戸市西区枝吉4-86-1)への場所変更やオンライン(ZOOM)での研修に変更になる可能性がありますのであらかじめご了承の上お申し込みください。
募集人員	30名(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5年9月15日(金) 必着
申 込 先	〒651-2133 神戸市西区枝吉4丁目86-1 認定NPO法人 ぱれっと (担当 川田) TEL (078) 927-6570 FAX (078) 927-6566
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します。

**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。実践を通してのレベル高い研修をぜひ受講ください。

行動援護従業者養成研修課程

10月8日 (日)	8:30~9:30	受付 8:30~9:00 オリエンテーション 9:00~9:30
	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)
	10:45~11:15 (0.5h)	・強度行動障害と生活の組み立てに関する講義
	11:15~12:45 13:45~16:15 (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)
10月15日 (日)	9:00~10:00 (1h)	・基本的な情報収集と記録等の共有に関する演習
	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)
	13:15~16:15 (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
10月21日 (土)	9:00~10:30 (1.5h)	・行動障害の背景にある特性の理解に関する演習
	10:45~12:15 (1.5h)	・記録に基づく支援の評価に関する演習
	13:15~16:15 (3h)	・環境調整による強度行動障害の支援に関する演習
10月22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)927-6566

郵送 〒651-2133

TEL(078)927-6570

神戸市西区枝吉4丁目86-1

認定NPO法人 ぱれっと 宛

認定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 5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、9月15日必着とします。

申込をして1週間経過しても当方より連絡が無ければお電話下さい。(確認のため)