

令和3年度同行援護従業者養成研修一般課程

- 1. 目的** 移動支援技術の講義や演習等を通して、視覚障害者が移動する際の介助等に必要な知識・技能を有する方の養成を目的とする。
- 2. 主催** 社会福祉法人仙台市障害者福祉協会
- 3. 開催日** 令和3年6月15日(火)・16日(水)・24日(木)の3日間

4. プログラム

月日(曜日)	時刻	内 容	会 場
6月15日 (火)	9:00~9:30	開講式 研修オリエンテーション	仙台市福祉プラザ 第三研修室
	9:30~10:30	講義 視覚障害者(児)福祉サービス	
	10:30~12:30	講義 同行援護の制度と従業者の業務	
	12:30~13:30	休憩	
	13:30~15:30	講義 障害・疾病の理解	
	15:30~15:40	休憩	
	15:40~16:40	講義 障害者(児)の心理	
6月16日 (水)	9:30~11:30	講義 情報支援と情報提供	仙台市福祉プラザ 創作室
	11:30~12:30	休憩	
	12:30~14:30	講義 同行援護の基礎知識	
	14:30~14:40	休憩	
	14:40~16:40	講義 代筆・代読の基礎知識	
6月24日 (木)	9:00~13:00	演習 基礎技能	仙台市福祉プラザ プラザホール 大広間
	13:00~13:30	休憩	
	13:30~17:30	演習 応用技能	
	17:30~18:00	閉講式 事務連絡	

- 5. 定員** 15名 ※定員になり次第、受付を締め切ります。
- 6. 受講の対象** 3日間の受講が可能な方で、養成研修修了後、同行援護事業に従事することが可能な方
- 7. 受講料** 26,000円
(同行援護従業者養成研修テキスト代2,640円、消費税、保険料を含む)
※ その他、昼食及び交通費は各自ご負担願います。
※ 受講料振込先
七十七銀行 荒町支店 普通預金 9121765
社会福祉法人仙台市障害者福祉協会 会長 阿部一彦

- 8. 修了の認定** 全科目を履修し、知識、実技において一定の水準を習得し、修了者として適正な能力を有すると認められた方に対して、同行援護従業者養成研修一般課程の「修了証明書」(宮城県)を交付します。

- 9. 研修科目の免除** 1) 介護福祉士，居宅介護職員初任者等研修修了者又は修了予定者
若しくは旧要綱に基づく研修修了者又は修了予定者，介護保険
法上の介護職員初任者研修修了者又は修了予定者
(1) 障害・疾病の理解（2時間）
(2) 障害者(児)の心理に関する講義（1時間）
2) 視覚障害者移動介護従業者養成研修修了者（旧要綱）
(1) 視覚障害者（児）福祉の制度とサービス（1時間）
(2) 障害・疾病の理解（2時間）
(3) 障害者（児）の心理に関する講義（1時間）
- 10. 申込期限** 令和3年5月21日（金）（必着）
- 11. 申込方法** 申込書を郵便又は持参にて社会福祉法人仙台市障害者福祉協会まで
提出してください。
（電話やFAXによる申込みは不可）
- 12. 問合せ先** 社会福祉法人仙台市障害者福祉協会
〒980-0022
宮城県仙台市青葉区五橋二丁目12-2
TEL 022-266-0294 FAX 022-266-0292
- 13. その他**
 - ・アイマスクを各自ご準備ください。
 - ・動きやすい服装と歩きやすい靴で受講してください。
 - ・受講者の安全を考慮し、傷害保険に加入します。

研修会場へのアクセスのご案内

仙台市福祉プラザ

住所：〒980-0022 仙台市青葉区五橋二丁目12番2号

交通：仙台市営地下鉄五橋駅から徒歩1分

JR 仙台駅から徒歩20分

令和3年度同行援護従業者養成研修一般課程

受講申込書

フリガナ		記入年月日 年 月 日
氏名		
S.H	年 月 日生 (満 歳)	
フリガナ		TEL.
自宅住所	〒 ー	携帯
		FAX.
E-mail		
フリガナ		TEL.
連絡先	〒 ー (自宅住所以外に連絡を必要とする場合のみ記入)	携帯
		FAX.
E-mail		
所持資格 (該当箇所 に☑)	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 居宅介護職員初任者等研修 修了・修了予定 (年 月) <input type="checkbox"/> 介護保険法上の介護職員初任者研修 修了・修了予定 (年 月) <input type="checkbox"/> 居宅介護従業者養成研修1級 (年 月) <input type="checkbox"/> 居宅介護従業者養成研修2級 (年 月) <input type="checkbox"/> 介護保険上の訪問介護員養成研修1級 (年 月) <input type="checkbox"/> 介護保険上の訪問介護員養成研修2級 (年 月) <input type="checkbox"/> 視覚障害者移動介護従業者養成研修修了 (年 月) <input type="checkbox"/> その他 ()	
申込書 送付先 問合せ先	社会福祉法人仙台市障害者福祉協会 〒980-0022 宮城県仙台市青葉区五橋二丁目12-2 TEL 022-266-0294 FAX 022-266-0292	
注意事項	(1) 記入された情報は、本研修に関わる情報提供以外に使用しません。 (2) 資料等の送付先は、本申込書欄の連絡先になります。 (3) 受講が決定された方には令和3年5月24日過ぎ通知しますので、指定日まで受講料をお振込みください。 (4) 受講料の振り込みの順に正式な受付とし、定員になり次第締め切ります。 (締め切り後に振り込まれた場合には返金致します。) (5) 新型コロナウイルス感染症予防のため人数制限をさせて頂いております。また状況によっては中止の可能性もありますので、ご了承ください。	