

4日間で取得できる！ ガイドヘルパー養成研修

知的障がい課程

2020年3月開講

知的障がいのある方々が豊かな地域生活を送れるよう外出を支援するガイドヘルパー（移動支援従事者）の養成を目的とした研修です。ぜひ、この機会に資格を取得して、ガイドヘルパーのお仕事を始めてみませんか？月に数時間から働ける、多様な働き方ができる資格になります。

カリキュラム

講義2日間、実習2日間の計4日間の受講が終了要件になります。
(詳細は裏面をご覧ください。)

3/7(土)・8(日)

講義で基礎知識を学ぶ

ガイドヘルパーとして活躍するための基礎知識を講義形式で学びます。ベテラン講師を招いていますので、未経験の方から障がい者福祉の経験のある方まで満足できる内容です。

3/9(月)～26(水)

実習で移動支援を体験する

障がい者施設にて利用者とコミュニケーションをとり、実際に外出して移動支援を体験し支援の視点を学びます。
※土日祝は実習を行いません。

受講資格・募集定員

・全カリキュラム出席可能で知的障がい者ガイドヘルパー（知的障害移動支援従事者）として就労をめざす15歳以上の方。

・定員25名（先着順）

受講料

8,000円

(テキスト代、保険料、消費税込み)

※研修初日に現金でお支払いください。

※お支払い後はいかなる理由があっても返金いたしません。

※実習における経費（食事代・交通費等）は受講生の自己負担になります。

※補助制度（高槻市障がい福祉サービス従事者養成研修補助金）あり。条件はお問合せください。

お申込み・お問合せ

締切 **2月29日**(土)必着

別紙の申込書（花の会ホームページからダウンロード可能）を記入の上、FAX・郵送・Eメールにて下記までお申し込みください。もしくは、下記のQRコードからのお申込みも可能です。

社会福祉法人花の会 サポートセンターはいびすかす

担当 三原まで

【住所】〒569-0803 高槻市高槻町4-17

【電話】072-669-9519 【FAX】072-669-9518

【Email】skip-hibiscus@rhythm.ocn.ne.jp

【Web】http://www.hananokai.info/



ガイドヘルパー養成研修(知的障がい課程) カリキュラム

| 日程 | 時間 | 内容 | 会場 |
|----------------------------------|-----------------|---|---|
| 3月7日(土) | 12:30～ 17:00 | 開講式・オリエンテーション・実習説明 移動支援従事者の業務 移動支援従事者の職業倫理 移動介助の基礎知識 | 高槻市障がい者就業・生活 支援センター3階研修室 (高槻市高槻町4-17) |
| 3月8日(日) | 10:00～ 18:10 | 障がい者(児)福祉制度と移動支援事業 障がいの理解(知的障がい) 障がい者(児)の心理(知的障がい) 障がい者の人権 | 高槻市障がい者就業・生活 支援センター3階研修室 (高槻市高槻町4-17) |
| 3月9日(月)～ 3月17日(火)のいずれ か1日 | 9:00～ 12:30 | コミュニケーション実習 | 第2共働舎花の会 (高槻市南平台3-29-10) |
| 3月18日(水)～ 3月26日(木)のいずれ か1日 | 9:30～ 15:00 | 外出介助実習 | 第2共働舎花の会 (高槻市南平台3-29-10) |

※1年以内に大阪府の全身性障がい者、もしくは精神障がい者の移動支援従事者養成研修を修了された方は、指定の3科目に限り科目免除が受けられます。

講義会場

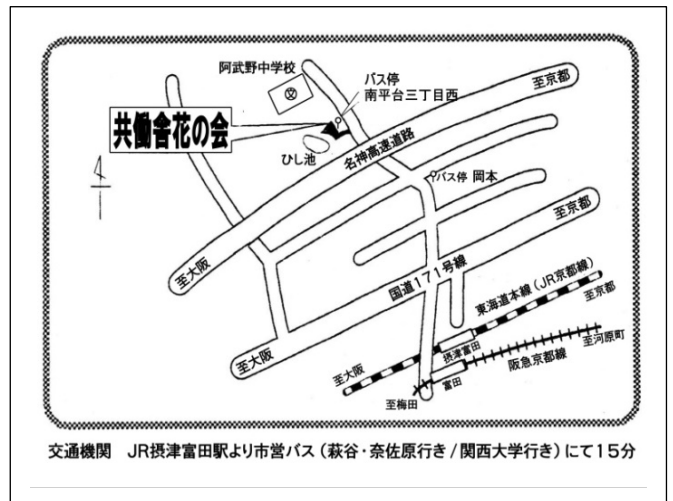


高槻市障がい者就業・生活支援センター3階研修室
(高槻市高槻町4-17) ☆マークの場所です。

※お車での来場はご遠慮ください。

※自転車・バイクは必ず決められた場所に停めてください。

実習会場



第2共働舎花の会 2階
(高槻市南平台三丁目29番9号)

お申込み・お問合せ

締切 **2月29日(土)** 必着

別紙の申込書(花の会ホームページからダウンロード可能)を記入の上、FAX・郵送・Eメールにて下記までお申し込みください。もしくは、下記のQRコードからのお申込みも可能です。
受講の可否は順次ご連絡させていただきます。

社会福祉法人花の会 サポートセンターはいびすかす

担当 三原まで

【住所】〒569-0803 高槻市高槻町4-17

【電話】072-669-9519 【FAX】072-669-9518

【Email】skip-hibiscus@rhythm.ocn.ne.jp

【Web】http://www.hananokai.info/



ガイドヘルパー養成研修（知的障がい課程）申し込み用紙

ご記入の上、FAX、郵送、Email いずれかにてお申込みください。

| | | | |
|---|-------------------------------|--|--|
| ふりがな 氏 名 | 生年月日（西暦でご記入ください） 年 月 日（ 歳） | | |
| 勤務先・学校名 | | | |
| 郵便番号 — | | | |
| 住所 | | | |
| 電話番号 — — | 携帯電話番号 — — | | |
| 知的障がい者（児）と関わった経験 有・無 | | | |
| コミュニケーション実習希望日（必ず第3希望日までご記入ください） | | | |
| 第1希望日： / 第2希望日： / 第3希望日： / | | | |
| 外出実習希望日（必ず第3希望日までご記入ください） | | | |
| 第1希望日： / 第2希望日： / 第3希望日： / | | | |
| 取得されている福祉系資格（チェックを入れてください） | | | |
| <input type="checkbox"/> 全身性ガイドヘルパー <input type="checkbox"/> 視覚ガイドヘルパー <input type="checkbox"/> ホームヘルパー（ ）級 <input type="checkbox"/> 居宅介護従業者 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護従業者 <input type="checkbox"/> 行動援護従業者 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事任用 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |
| 受講動機 | | | |
| 資格取得後のご予定（お申込み段階で構いません） | | | |
| 当養成研修をどちらでお知りになりましたか？ | | | |
| <input type="checkbox"/> 花の会ホームページ <input type="checkbox"/> 花の会店舗（ ） <input type="checkbox"/> 施設（施設名 ） <input type="checkbox"/> 学校（学校名 ） <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |

FAX番号：072-669-9518

郵送先：〒569-0803 高槻市高槻町4-17

社会福祉法人 花の会 サポートセンター はいびすかす 宛

申込締切日
2020年2月29日(土)
必着