



# 視覚に障がいのある方のための ガイドヘルパー しませんか

## 同行援護従業者養成研修のご案内

この研修は、視覚障がい者に対する外出時の移動介護等に必要な知識・技能を有する方を養成し、視覚障がい者の社会参加を促進するために開催するもので、一般課程修了者には同行援護従業者の公認資格を、介護福祉士等の応用課程修了者にはサービス提供責任者の公認資格を認める修了証書を交付するものです。

### 〈受講資格〉

どなたでも受講できます。

ただし、応用課程については、すでに一般課程を修了した方（応用課程受講前に一般課程修了見込みの方を含みます）とします。

### 〈受講定員〉

一般課程 10 名、応用課程 10 名

### 〈研修場所〉

岩手県視覚障害者福祉会館 研修室（盛岡市本町通三丁目 6 番 20 号）

（注：宿泊場所、駐車場、昼食等の手配は各自で対応お願いいたします。）

### 〈研修日程〉

一般課程 令和 3 年 3 月 4 日（木）～3 月 6 日（土）

応用課程 令和 3 年 3 月 19 日（金）～3 月 20 日（土）

※ 詳細は、別紙 1 の日程表のとおりです。

### 〈受講費用〉

一般課程 23,000 円、応用課程 12,000 円（テキスト代、実習費、保険代等を含みます。）

### 〈申込方法〉

別紙 2 の申込書により、2 月 26 日（金）までにお申し込みください。

（注：受講決定後お振込みください。振込用紙の控えを領収書とさせていただきます。）

### 〈申込・問合せ先〉

住所 〒020-0015 盛岡市本町通三丁目 6 番 20 号

社会福祉法人 岩手県視覚障害者福祉協会

TEL / FAX 019-652-7787 E-mail:[moujin-morioka@polka.ocn.ne.jp](mailto:moujin-morioka@polka.ocn.ne.jp)

(別紙1)

## 同行援護従業者養成研修日程表

### (一般課程)

年月日	時刻	時間	科目名
令和3年 3月4日(木)	08:45~09:00		オリエンテーション
	09:00~10:00	1	視覚障害者(児)福祉サービス
	10:00~12:00	2	障害・疾病の理解①
	13:00~15:00	2	同行援護の制度と従業者の業務
	15:00~17:00	2	情報支援と情報提供
3月5日(金)	09:00~10:00	1	障害者(児)の心理①
	10:00~12:00	2	代筆・代読の基礎知識
	13:00~15:00	2	同行援護の基礎知識
	15:00~17:00	2	基本技能
3月6日(土)	09:00~11:00	2	基本技能
	11:00~12:00	1	応用技能
	13:00~16:00	3	応用技能
時間数合計		20時間	

### (応用課程)

年月日	時刻	時間	科目名
3月19日(金)	09:00~10:00	1	障害者(児)の心理②
	10:00~11:00	1	障害・疾病の理解②
	11:00~12:00	1	場面別基本技能
	13:00~15:00	2	場面別基本技能
	15:00~16:00	1	場面別応用技能
3月20日(土)	09:00~12:00	3	交通機関の利用
	13:00~14:00	1	交通機関の利用
	14:00~16:00	2	場面別応用技能
時間数合計		12時間	

《コロナ感染症対策について》

消毒など万全を期して実施いたしますが、受講する前に検温し、万が一熱があった場合には受講をご遠慮願います。なお、その際に受講料の返金はありません。

《修了証》

研修を受講した者には「修了証」を発行いたします。ただし、遅刻・早退や受講態度が著しく悪い者については発行しない場合がございます。

《個人情報の取り扱いについて》

受講申し込み票等に記載された個人情報は本研修の実施に関わる必要最小限度の目的のみに使用いたし

ます

(別紙2)

R2

## 同行援護従業者養成研修申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人岩手県視覚障害者福祉協会

理事長 及川清隆 様

(FAX 019-652-7787)

同行援護従業者養成研修(盛岡会場)の受講について、次のとおり申込みます。

申込者	(フリガナ) 氏名			
	生年月日	年 月 日 ( 歳)	性別	男・女
	現住所 電話番号	〒 - Tel ( ) -		
所属機関 (勤務先)	名称			
	所在地 電話番号	〒 - Tel ( ) -		
受講申込課程(該当項目にレ点を付してください。)	<input type="checkbox"/> 同行援護従業者研修・一般課程 <input type="checkbox"/> 同行援護従業者研修・応用課程 <input type="checkbox"/> 同行援護従業者研修・一般課程、応用課程			
受講後の活用希望の有無 (該当項目にレ点を付してください。)	<input type="checkbox"/> 有 ・研修修了後、貴法人の従業者として従事します。			
	<input type="checkbox"/> 無 ・研修修了後、貴法人以外の従業者として従事します。			
	<input type="checkbox"/> その他 ・特に決めていない。			
受講歴、受講 課程修了証書 交付年月日	受講研修課程等	修了状況	修了証書交付年月日	
	・	修了・修了予定	年 月 日	
	・	修了・修了予定	年 月 日	
資格取得状況(参考までにお知らせください。)				

### (受講決定及び受講料の支払方法)

- 受講申込みいただいた後、受講決定のご連絡をいたしますので、受講料を下記に振込願います。

(振込先)

岩手銀行 上田支店 (店番 065) 普通預金 口座番号 2079476

社会福祉法人 岩手県視覚障害者福祉協会 理事長 及川清隆

見

本