

# 同行援護従業者養成研修

〈旭川会場〉開催のご案内・募集要項・申込書

単独では外出が難しい障がい者（児）の方を「社会生活上必要な外出、余暇活動や社会参加のための外出をする際」に、この資格を有する通称【ガイドヘルパー】が支援します。外出時に必要な移動の介助や必要となる身の回りの介護・介助を行う公的資格です。平成30年4月以降は、同行援護サービスを提供する際、各市町村で必須の資格となる予定です。すでに介護に関する現任者の方、ご家族の介護をされている方も、ぜひこの機会に皆様の受講をお待ちしております！

## 1 講義・演習スクーリング日程・研修課程・費用（テキスト・教材費・税込）・会場

講義・演習スクーリング 日程・時間	研修課程 受講費用	会場	備考
平成30年 4月21日（土） 9:15～18:45 （実質8時間）	同行援護従業者 養成研修 〔一般課程〕 23,500円	旭川市勤労者福祉会館 【2F小会議室】※ときわ市民ホール隣接 住所：旭川市6条通4丁目 ※駐車場は有料です。30分50円です。	同行援護従業者養成研修〔一般課程〕は開講が決定しております。 <b>食事介助演習で「お弁当」を用意しています。</b>

- 受け付け開始は、会場の関係から15分前からになります。  
万が遅れる場合は、弊社迄ご連絡ください。

（時間は若干変更あり）



## 2 担当予定講師

### 【同行援護従業者〔一般課程〕養成研修】

**宮下康宏（みやしたやすひろ）講師**：特定非営利活動法人プリズムさっぽろ 所属。介護福祉士。同行援護従業者。20年以上にわたり高齢者や障がい者を有する人に対し、様々な現場でサービスを行う。現場のガイドヘルパーを行いながら、研修講師としても、視覚障害者の方やサービス従事者のために精力的に活動している。

※当日は「オブザーバー」として、盲導犬ユーザーの俵谷さん（プリズムさっぽろ代表）にもご参加いただく予定です。

## 3 受講申込締切・定員 【開催するための最低お申込み人数は、5名以上になります】

●締切 平成30年4月16日（月） ●定員 各課程 24名 ※定員になり次第締切。

「同行援護従業者養成研修[応用課程]」は、平成30年

6月～10月旭川での開催を検討しております。受講要件は、下記のとおりです。

★【応用課程】受講要件

「同行援護従業者養成研修[一般課程] 修了者

「視覚障がい者移動介護従業者養成研修」平成23年9月30日以前の修了者

#### 4 受講申込～修了までの流れ

- ① 弊社宛に、「申込書」（下記）を郵送またはFAXで送付してください。
- ② 申し込み確認後、「受講決定通知、受講料納入のご案内」をお送り致します。
- ③ 受講料納入確認後、概ね1週間以内に、テキスト等関係書類を送付いたします。
- ④ テキストを確認しながら「添削課題」を、ご自宅にて指定日までに解答し提出して頂きます。
- ⑤ 「添削問題」は、正答率6割で合格となります。6割に達しない場合は、採点した添削課題を再度事務局より送付いたします。誤答された個所を再度解答してください。6割に達するまでこれを繰り返します。※添削問題解答期間が、講義・演習スクーリングに近い場合は、当日の課題提出になる場合があります。
  
- ⑥ 4/21の講義・演習スクーリングを受講いただきます。
- ⑦ 修了証交付：「添削課題（正答率6割以上で合格）」＋「講義・演習スクーリングに全時間出席」により修了証交付となります。修了日は、原則、「研修修了日」となります

研修に関するお問い合わせ・連絡先

弊社ホームページにも同様の募集要項・申込書があります！

北海道知事指定 介護職員初任者研修事業者 居宅介護職員初任者研修等事業者



Japan Welfare Care Educational Center Co.,Ltd.

日本福祉介護教育センター 本部企画室

〒063-0022 札幌市西区平和2条3丁目5番9号

TEL：011-688-7571 FAX：011-688-7572

平成30年4月 [旭川会場]

・同行援護従業者養成研修[一般課程]

受講申込書

下記、記入可能な箇所のご記入をお願い致します。

重要箇所

研修名 日程 時間	同行援護従業者養成研修 [一般課程] 4月21日 (土) 9:15~18:45		
氏名・生年月日	ふりがな _____	男・女	〒 _____ _____
	_____		
介護に関する資格	※氏名は戸籍と同じ文字で記入してください		連絡先電話又は携帯番号
	S・H	年 月 日生 ( 歳)	( ) _____
	資格名	取得年・月	※緊急時 携帯ショートメール 可・不可
			FAX 番号
			( ) _____
			※記入可能な方のみ
		事業所名	
		※勤務先への連絡 可・不可	
		住所	
		〒 _____	
		電話番号	
		( ) _____	
いずれかに○を記入してください。			
① 受講決定通知等送付先⇒ 現住所 ・ 勤務先			
② 受講料納入⇒ 申込者 ・ 勤務先			
③ 修了書送付先⇒ 現住所・勤務先			
備考 (質問等ございましたら記入してください)			

※受講希望者が「複数」いらっしゃる場合は、この用紙をコピー又は弊社ホームページよりダウンロードをお願い致します。郵送の場合は、原本を送付してください。「控え」として写しをご本人が必ず保管してください。FAX送信の場合は、くれぐれも番号をお間違えのないよう送信をお願い致します。

※ご記入の個人情報は、当研修関係以外で使用することはありません

日本福祉介護教育センター