

知的障がい課程 花の会ガイドヘルパー養成研修

知的障がいが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移動支援従業者(ガイドヘルパー)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?研修修了者は、大阪府の管理する修了者台帳に記載されます。

研修日程：講義日程：2012年3月5日(月)・3月6日(火)

実習日程：2012年3月7日(水)～3月15日(木) ※実習日時は研修期間の2日間となります。

研修場所：講義会場…高槻現代劇場 205号室

〒569-0077 高槻市野見町2-33

実習会場…第2共働舎花の会 2階 多目的室

〒569-1042 高槻市南平台3丁目29番10号

申込締切日
2012年2月29日(水) 必着

募集定員：知的障がい課程・知的障がいコース・・・定員38名(先着順とさせていただきます)

受講資格：全科目出席可能で知的障害移動支援従業者(知的障害者ガイドヘルパー)として就労を目指す15歳以上の方

受講料：8,000円(テキスト代、保険代含む)

※研修初日に現金でお支払ください。(お支払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、受講生の自己負担とさせていただきます。

申込方法：花の会ガイドヘルパー養成研修申込書(チラシ裏面もしくは花の会ホームページにてダウンロードできます)を記入上、

FAXか郵送にて下記の申込先へお申込みください。

申込書がない方は、以下の内容をA4用紙等に記入の上、お申込みください。

①氏名(ふりがな) ②生年月日(西暦で年齢もご記入ください) ③勤務先・学校名 ④郵便番号・住所 ⑤電話番号・携帯番号

⑥実習希望日：コミュニケーション実習・外出実習それぞれ第3希望日まで必ずご記入ください。

⑦取得されている福祉分野の資格 ⑧受講動機 ⑨知的障がい者(児)と関わった経験の有無 ⑩当養成研修をどちらで知られたか

※受講の可否については2012年2月20日(月)頃より順次、電話連絡させていただきます。

2月28日(火)までに通知が届かない場合は下記の連絡先までご連絡ください。

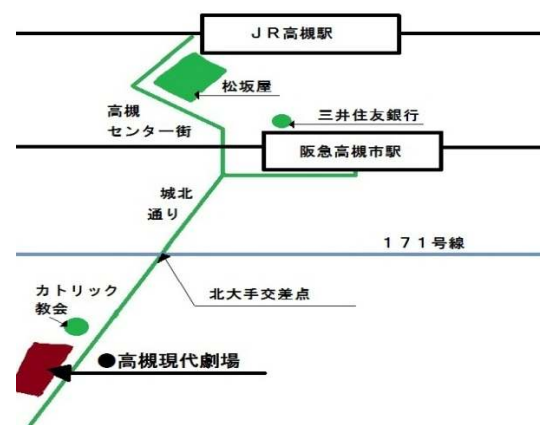
カリキュラム

日程	時間	内容	会場
3月5日(月)	9:30~17:30	講義	高槻現代劇場
3月6日(火)	10:00~16:30	講義	高槻現代劇場
3月7日(水)、8日(木) 9日(金)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月12日(月)、13日(火) 14日(水)、15日(木) のいずれか1日	9:30~15:00	外出実習	第2共働舎花の会 高槻市南平台

※1年以内に大阪府の全身性もしくは視覚障害者移動支援従業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。詳細は下記の連絡先までご連絡ください。

お問合せ・お申込先
 〒569-0071 高槻市城北町1丁目7番16号リーベン城北302号室
 社会福祉法人 花の会 サポートセンターはいびすかす 宛
 TEL:072-669-9519 FAX:072-669-9518
 担当：徳野



花の会ガイドヘルパー養成研修申し込み用紙

FAXまたは郵送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：〒569-0071 高槻市城北町1-7-16-302

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
2012年2月29日(水)
必着