

知的障害者居宅介護職員初任者研修実施要綱

(伊豆地区)

1. 《趣旨》

障害者の資格取得を支援し、専門的な「知識」と「技能」を身に付けた

豊かな人材を育て、障害者の就労を支援することを目的としています。

2. 《主催》 静岡県

〈受託団体〉 一般社団法人 静岡県社会就労センター協議会

〈実施法人〉 社会福祉法人 農協共済中伊豆リハビリテーションセンター

3. 《研修期間》

平成29年10月～平成30年2月 (研修時間は209時間)

開講式…平成29年 9月28日(木)

修了式…平成30年 2月27日(火)

会場：農協共済中伊豆リハビリテーションセンター 講堂

4. 《受講対象者の要件》

①療育手帳または医師の診断書を所持する知的障害を持つ人

②介護現場等へ一般就労を希望する人

③全ての開講日に参加でき、原則として自分で受講会場に通える人

以上、全てにあてはまる人

※受講の許可に当たっては、面接などを行います。

※受講希望者が定員に達した場合は、当該年度に就労する人を優先します。

5. 《じゅこうていいん受講定員》

じゅこうていいん 受講定員は めいていど 10名程度とします。

6. 《じゅこうりょう受講料》

じゅこうりょう 受講料は むりょう 無料です。但し、ただ 研修で使用する けんしゅう テキストの しやう 代金として だいきん 7,000円 えん をいただきます。受講するための じゅこう 食事代 しょくじだいなど 等は べつとじっぴ 別途実費 ひつよう が必要です。

7. 《しゅとくしかく取得資格》

けんしゅう 研修を すべ 全て じゅこう 受講し、ひつきしけん 筆記試験に ごうかく 合格した人は、ひと 居宅介護職員 きょたくかいごしょくいんしよにんしや 初任者 けんしゅうかていしゅりようしや 研修課程 にんてい 修了者として しゅりようしき 認定され、けんちじめい 修了式において しゅりようしやうめいしよ 県知事名の しゅりようしやうめいしよ 修了証明書 こうふ が しけん 交付されます。試験に ごうかく 合格できなかった人 ひと には、しょうがいしやきょたくかいごじゆう 障害者居宅介護従 ぎょうしやき 業者 けんしゅうかていしゅりようしや 基礎研修課程 しゅりようしやうめいしよ 修了者として こうふ 修了証明書が こうふ 交付されます。

8. 《けんしゅうないよう研修内容》

1) き基礎 けんしゅう研修

【こうぎ講義】 しゃかいふくし 社会福祉・かいごぎじゆつ 介護技術・いがく 医学などに かん 関する ちしき 知識

【えんしゅう演習】 き 基礎的な かいごぎじゆつ 介護技術に かん 関する えんしゅう 演習

【じっしゅう実習】 せいかつ 生活介護を行う おこな 事業所などの じぎょうしよ サービス提供 ていきやうげんぱ 現場の けんがく 見学

2) しよにんしやけんしゅう初任者研修

【こうぎ講義 えんしゅうおよび じっしゅう演習・実習】

かいご 介護の きほん 基本・ろうじんふくし 老人福祉や しょうがいしやふくし 障害者福祉に かん 関する ちしき 知識、こころとからだの 心とからだの

しくみと しくみと せいかつしえんぎじゆつ 生活支援技術 しゅうとく を しゅうとく 習得

3) 修了評価 筆記試験

筆記試験日 平成30年2月15日(木)

但し、筆記試験は研修総時間数209時間には含まれません。

9. 《会場》

伊豆地区: 社会福祉法人 農協共済中伊豆リハビリテーションセンター

10. 《申込み締切日》

平成29年9月22日(金)

11. 《申込み先及び問合せ先》

一般社団法人 静岡県社会就労センター協議会
〒420-0031 静岡市葵区呉服町2-1-5 5風来館4階

Tel: 054-204-5088 鈴木

伊豆地区: 社会福祉法人 農協共済中伊豆リハビリテーションセンター
〒410-2507 伊豆市冷川1523-108 Tel: 0558-83-2111 山本、渡辺

12. 《個人情報取り扱いについて》

本研修会の申込者にかかる個人情報は、個人情報保護法に基づき、

適切に取り扱うこととしており、他の目的で使用することはありません。

参加者相互の情報交換、交流を円滑に行うことを目的として「参加者

名簿」を作成し、当日参加者に配布します。参加者名簿には氏名のみを

掲載します。

平成29年度 知的障害者居宅介護職員初任者研修

受講申し込み書

平成29年度知的障害者居宅介護職員初任者研修を受講したいので申し込みます。

受講会場 農協共済中伊豆リハビリテーションセンター

氏名	(ふりがな)		性別	年齢	歳
			生年月日	昭和・平成	年 月 日
住所	〒				
電話番号	固定電話		携帯番号		
学校、勤め先 通所先				学年	年生
受講者の親族 等、連絡先氏名	(ふりがな)		受講者との 関係		
住所	〒				
	(受講生 と住所 が異なる場合に記入)				
電話番号	固定電話		携帯番号		
障害の程度についてご記入ください。					

療育手帳の写しを添付する。

(医師の診断書でも可)

療育手帳

写真