

平成28年2月4日

就労系事業所の皆様
就労支援関係機関の皆様

京都市保健福祉局障害保健福祉推進室
独立行政法人 高齢・障害・求職者雇用支援機構 京都支部
京都障害者職業センター

平成27年度 京都市障害者就労支援スキルアップ研修会の開催について

平素は、本市障害保健福祉行政の推進に御理解・御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、京都市では、障害のある方の就労を共に考えるとともに、就労支援スキルの向上を目指す研修会を実施しています。この度、平成27年度「京都市障害者就労支援スキルアップ研修会」を下記のとおり開催いたしますので、お知らせします。

つきましては、施設など利用者の方広くに参加を募っておりますので、関係者の皆様に御周知のうえ、受講に対する御協力、御配慮をお願い申し上げます。

なお、研修会の参加申込については、施設ごとに取りまとめていただきますよう、お願いいたします。

記

- 1 日 時： ①平成28年2月17日（水） 午後2時00分から午後4時00分頃まで
②平成28年2月18日（木） 午後2時00分から午後4時00分頃まで
（※ 午後1時40分開場・受付）
- 2 場 所： 〒600-8235 京都市下京区西洞院通塩小路下る東油小路町803
ハローワーク京都七条庁舎 4階
京都障害者職業センター 会議室
TEL：341-2666
（※ 別紙「研修会場案内図」参照）
- 3 内 容： 障害者就労支援スキルアップ研修会
「ハローワークで模擬面接を受けよう！
～ハローワーク職員が模擬面接官となり、アドバイスします！～」
（※ 詳細は、別紙「研修御案内チラシ」参照）
- 4 講 師： ・ハローワーク京都七条 京都障害者職業相談室
就職促進指導官 現在調整中
・独立行政法人 高齢・障害・求職者雇用支援機構 京都支部
京都障害者職業センター
障害者職業カウンセラー 武藤 香織（むとう かおり）氏
川越 陽介（かわごえ ようすけ）氏

5 募集対象： 1施設から1～3名の利用者と1～2名の支援者で参加希望される方。

①2月17日は知的障害者など向け内容です。

②2月18日は精神・発達障害者など向け内容です。

6 定員： ①15名程度 ②15名程度 (各日ともに先着順)

7 参加費： 無料

8 参加方法： 参加申込書に御記入のうえ、郵送又はFAXにてお申込みください。

9 申込期限： 平成28年2月15日(月)まで

(※ 定員になり次第締め切らせていただきます。参加の可否は2月16日までに連絡させていただきます。お申込みされても連絡がない場合は、お手数ですが、下記問合せ先まで御連絡いただきますようお願いいたします。)

〒604-8751 京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町488番地

TEL : 075-222-4161

FAX : 075-251-2940

京都市 障害保健福祉推進室 (担当 松本)

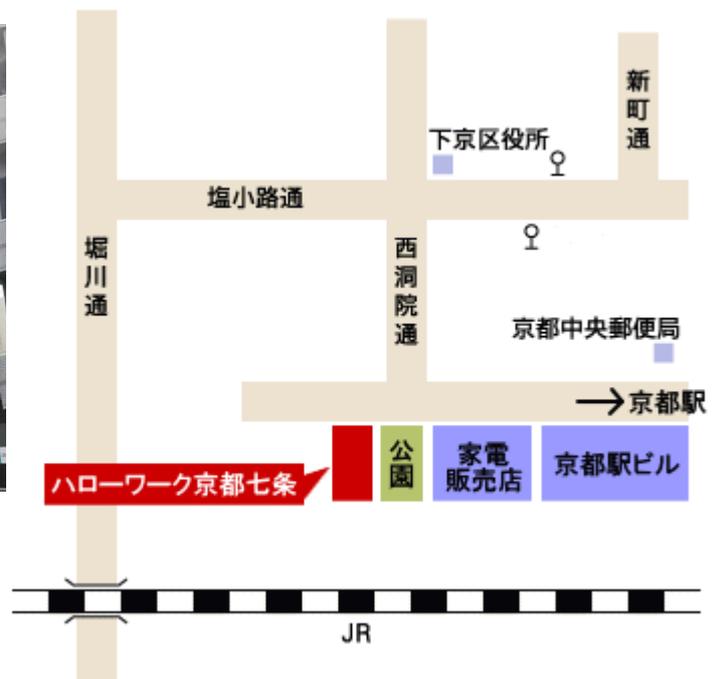
研修会場案内図

◎京都障害者職業センター

(ハローワーク京都七条庁舎 4階)

【アクセス】

・京都駅烏丸中央口から徒歩5分



◆◆◆ 参加申込書 ◆◆◆

(2月開催 京都市就労支援スキルアップ研修会)

以下に必要事項を記入し、郵送又はFAXで送信してください。

参加者氏名など		所属		障害種別		情報提供	
<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 支援者	<input type="checkbox"/> 就労移行	<input type="checkbox"/> 就労継続A	<input type="checkbox"/> 知的	<input type="checkbox"/> 身体	<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない
<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 支援者	<input type="checkbox"/> 就労継続B	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない
<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 支援者	<input type="checkbox"/> 就労移行	<input type="checkbox"/> 就労継続A	<input type="checkbox"/> 知的	<input type="checkbox"/> 身体	<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない
<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 支援者	<input type="checkbox"/> 就労継続B	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない
<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 支援者	<input type="checkbox"/> 就労移行	<input type="checkbox"/> 就労継続A	<input type="checkbox"/> 知的	<input type="checkbox"/> 身体	<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない
<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 支援者	<input type="checkbox"/> 就労継続B	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない

●申込期限:平成28年2月15日(月)まで

応募者多数の場合は、先着順とさせていただきます。なお、御参加いただける場合は、参加受付票をFAX等で送付いたします。また、1施設より複数名の申込がある場合は、応募が多数で募集定員を超えた際に、参加人数を御相談させていただく場合がありますので、御了承ください。

御不明な点がございましたら就労担当の松本までお問い合わせください。

○●○ 施設名・氏名の情報について○●○

御記入いただいた施設名・氏名を出席者名簿としてまとめ、研修関係機関(ハローワーク京都七条 京都障害者職業相談室)へ情報提供をさせていただくこととしております。情報提供に同意いただける場合は上記の記入欄の「同意する」にチェックを、同意いただけない場合は「同意しない」にチェックを入れてください。

※ 受付票をFAX送信致しますので、担当者連絡先を必ず御記入ください。

施設名 _____

担当者(記入者) _____

連絡先 TEL _____ FAX _____

電子メール _____