

平成28年7月14日

就労支援事業所 各位
就労支援関係機関 各位

京都市保健福祉局障害保健福祉推進室

平成28年度 障害者就労支援スキルアップ研修会
「就労に役立つコミュニケーション」「報告・連絡・相談のスキルを磨く！」の
開催について

日頃は、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、本市では、障害のある方の就労を共に考えるとともに、就労スキルの向上を目指す研修会を実施しています。この度、働く意欲を高めたい方、働くための基本スキルを学びたい・働くためのヒントを得たい方などに向けた平成28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。（詳細は別紙「案内チラシ」を御覧ください。）

つきましては、関係者の皆様に御周知のうえ、御参加いただきますようお願い申し上げます。

なお、お申込みに当たっては、各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

- 日時及び内容
- ① 平成28年8月3日（水） 午後2時から午後4時まで
「就労に役立つコミュニケーション」（知的障害のある方など向け内容）
 - ② 平成28年8月4日（木） 午後2時から午後4時まで
「報告・連絡・相談のスキルを磨く！」（身体・精神・発達障害のある方など向け内容）

（※ 午後1時40分開場）

※ 両日とも同じ内容の研修ですが、伝え方やワーク進行などが異なりますので、受講日選択には支援者が御配慮ください。

場 所 こどもみらい館 4階 第一研修室A（両日とも）
京都市中京区間之町通竹屋町下る楠町601番地の1
TEL：254-5001

（裏面の「研修会場案内図」参照）

講 師 NPO法人 えむ・コミューズ
代表理事 中田 真理子 氏

募 集 対 象 就労支援事業所等の利用者及び支援者

定 員 各両日とも25名程度

参 加 費 無料

申 込 方 法 別添参加申込書に御記入のうえ、平成28年7月28日(木)までに郵送又はFAXにてお申込みください。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7月29日(金)までにこちらから連絡させていただきます。
(連絡がない場合は、下記問合せ先まで御確認のお電話をお願いします。)

留 意 点 研修は、雰囲気や形からも研修効果を高める事を意識して企画しています。研修に参加される利用者・支援者とも研修内容に合った服装(可能な限りスーツ、又はフォーマルな服装)、身だしなみを整えて御参加ください。
また、支援者の同行は研修振り返りや支援計画のアセスメントの機会にもなりますので、ぜひ御参加ください。

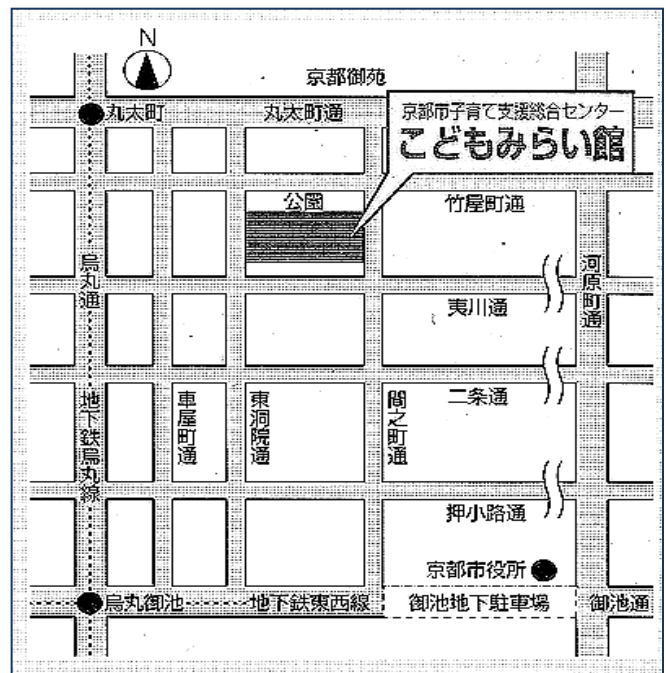
問 合 せ 先 〒604-8751 京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町488番地
TEL : 075-222-4161
FAX : 075-251-2940
京都市障害保健福祉推進室 (担当 松本)

研修会場案内図

【こどもみらい館 4階 第一研修室A】

◇地下鉄 丸太町駅下車(5番出口)から
東へ徒歩3分

◇市バス 烏丸丸太町バス停下車
徒歩3分



(あて先) 京都市 障害保健福祉推進室 松本あて (FAX : 251-2940)

◆◆◆ 参加申込書 ◆◆◆

(8月開催 京都市障害者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		参加日	所 属		障害種別	情報提供
<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 3日	<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"/> 支援者	<input type="checkbox"/> 4日	<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"/> 同意しない	
<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 3日	<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"/> 支援者	<input type="checkbox"/> 4日	<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"/> 同意しない	
<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 3日	<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"/> 支援者	<input type="checkbox"/> 4日	<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"/> 同意しない	
<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 3日	<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"/> 支援者	<input type="checkbox"/> 4日	<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"/> 同意しない	
<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 3日	<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"/> 支援者	<input type="checkbox"/> 4日	<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"/> 同意しない	

申込者多数の場合は、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、応募が多数で募集定員を超えた際に、1施設より複数名の申込がある事業所には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支援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、講師へ研修の運営に関わる範囲で情報提供をさせていただく場合がございます。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」にチェックを入れてください。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 _____

緊急連絡先 _____

対応者 _____

お申込み締め切り日：平成28年7月28日（木）