

平成28年8月26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
(就労支援担当 松本)

平成28年度 障害者就労支援スキルアップ研修会 「企業で模擬面接を体験しよう！」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9月12日(月) 午後1時から午後4時まで
(知的障害のある方が対象)

② 平成28年9月28日(水) 午後1時から午後4時まで
(身体・精神・発達障害のある方が対象)

※ 本研修では、本番の就職面接を疑似体験していただくために、高島屋人事グループのご協力の下、模擬面接を受けていただく内容です。

両日とも模擬面接時間帯は、模擬面接決定後に別途御連絡いたします。

(模擬面接開始から振り返り～終了まで30分程度を予定しております。)

場 所 株式会社 高島屋 京都店 11階 面接会場(両日とも)
〒600-8520 京都市下京区四条通河原町西入真町52
TEL: 252-7255

講 師 株式会社 高島屋 京都店 総務部 人事グループ
チームマネージャー課長 杉本 明子 氏

募 集 対 象 就労支援事業所等の利用者及び支援者

定 員 両日とも6組程度

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9月7日(水)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9月9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。

そ の 他 高島屋内の研修会場までの順路図は、御応募後の模擬面接が決定した後に送付いたします。

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
京都市保健福祉局障害保健福祉推進室 (担当 松本)

(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 ◆◆◆

(京都市 就労支援スキルアップ研修会)
企業で模擬面接を受けよう!

以下に必要事項を記入し、郵送またはFAXで送信してください。

参加者(支援者)氏名	性別	障害種別	情報提供
	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 知的(12日) <input type="checkbox"/> 身体・精神・発達(28日)	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない
	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 知的(12日) <input type="checkbox"/> 身体・精神・発達(28日)	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない
		振返り担当支援者	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない

※本研修は、必ず支援者とご一緒にお申込ください。
(各所属事業所から2名まで申込み可)

応募者多数の場合は、参加決定の方法を先着順とさせていただきます。

御参加いただく場合は、参加受付票及び面接日時などの詳細をメール・FAXなどで連絡します。
御参加いただけない場合は別途、連絡致します。御不明な点は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】 御記入いただいた氏名を出席者名簿としてまとめ、面接官へ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、面接資料などをメールまたはFAX送信致します。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 _____

e-mail _____

* お申込み締め切り日 : 平成28年9月7日(水)