

平成29年2月21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 ☎222-4161

平成28年度 障害者就労支援スキルアップ研修会 「企業見学会～先輩が働く職場を体験しよう！～」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

1 日時及び内容 平成29年3月8日（水） 午後1時30分から午後3時30分まで
（※午後1時10分から受付）

- ・企業紹介
（障害のある方の従事業務・企業が求める人材・働くためのアドバイス等）
- ・先輩社員からの体験談、激励のメッセージ
（どのように働いているか、働く中でやりがいを感じる事等）
- ・企業見学
（株式会社PHP研究所 京都本部内の職場を見学）

2 場 所 株式会社PHP研究所 京都本部
〒601-8411 京都市南区西九条北ノ内町11

3 募 集 対 象 就労支援事業所等に通所される利用者の方および支援者の方

4 定 員 25名程度

5 参 加 費 無料

- 6 申 込 方 法 別添参加申込書に御記入のうえ、平成29年3月2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3月3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。)
- 7 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。
- 8 そ の 他 研修会終了後、同社内にある松下資料館を午後4時30分まで自由見学できます。
- 9 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 (F A X : 2 5 1 - 2 9 4 0)

◆◆◆ 参加申込書 ◆◆◆

(京都市 障害者就労支援スキルアップ研修会)
「企業見学会～先輩が働く職場を体験しよう!～」

以下に必要事項を記入し、郵送またはF A X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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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	

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、参加受付票をメール・F A Xなどで送信します。御参加いただけない場合は別途、御連絡いたします。御不明な点は就労支援担当の松本までお問合せください。

【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、株式会社P H P 研究所京都本部に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。

※ 受付票をメールまたはF A X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 T E L _____

F A X _____

e-mail _____

* お申込み締め切り日 : 平成29年3月2日 (木)