

平成30年9月4日

市内障害者就労支援事業所 各位

京都市保健福祉局  
障害保健福祉推進室  
企画課長  
〔就労支援担当 松本〕  
TEL 222-4161

**平成30年度 京都市障害者就労支援スキルアップ研修会（利用者向け）  
「第2回 企業で模擬面接を体験しよう！」の開催について**

初秋の候、皆様におかれましては、ますます御清栄のこととお喜び申し上げます。

日頃は、本市障害保健福祉行政の推進に御理解と御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、本市では、企業等への就労を希望する障害のある方を対象とする「障害者就労支援スキルアップ研修会」を実施しています。

この度、月桂冠株式会社の御協力のもと、標記研修会を下記のとおり開催いたします。

つきましては、貴事業所の利用者様に本研修会の開催について、御周知いただきますようお願いいたします。

記

- 1 日 時 平成30年9月12日（水） 午前10時～午後4時  
※ 時間帯は参加者決定後に御連絡いたします。
- 2 場 所 月桂冠株式会社 昭和蔵  
京都市伏見区片原町 300 番地 ※ 別紙チラシ参照
- 3 概 要 模擬面接  
所要時間：20分程度（模擬面接 約10分、振り返り 約10分）  
※ 詳細は別紙チラシ参照
- 4 講 師 月桂冠株式会社  
総務部人事課 課長 高橋 保繁 氏 他
- 5 対 象 市内障害者就労支援事業所の利用者  
※ 各申込者に対し、1名の支援員の付き添いをお願いします。

6 定 員 10人程度（先着順。1事業所から2名まで申込可。）

7 参 加 費 無料

8 参 加 方 法 別紙「参加申込書」に必要事項を御記入のうえ、郵送又はFAXにてお申込みください。

なお、参加申込みにつきましては、施設毎に取りまとめていただきますようお願いいたします。

9 申 込 期 限 平成30年9月9日（日）（必着）

※ 先着順。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10日（月）までに御連絡させていただきます。

連絡がない場合は、お手数ですが下記の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。

10 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。

研修に参加される方は、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）で御参加ください。

問 合 せ 先 〒604-8006 京都市中京区河原町通御池下る下丸屋町394番地  
Y・J・Kビル3階  
京都市保健福祉局障害保健福祉推進室（担当 松本）  
TEL : 222-4161  
FAX : 251-2940

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

## ◆◆◆ 参加申込書 ◆◆◆

(平成30年度 京都市障害者就労支援スキルアップ研修会)

「第2回 企業で模擬面接を体験しよう！」

以下に必要事項を記入し、郵送又はFAXで御提出ください。

	氏名	障害種別	希望職種
1	(利用者)	<input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 清掃 <input type="checkbox"/> 製造(工場ライン)
	(支援員)		
2	(利用者)	<input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 清掃 <input type="checkbox"/> 製造(工場ライン)
	(支援員)		

※ 本研修は必ず支援員と御一緒にお申込みください。(1事業所から2名まで申込可。)

応募者多数の場合は、先着順とさせていただきます。

御参加いただける場合は、参加受付票及び面接日時等の詳細を送付いたします。

御参加いただけない場合は別途、御連絡いたします。

御不明な点等がございましたら、就労支援担当 松本 (TEL 222-4161) まで御連絡ください。

### ※ 施設名・氏名等の情報提供について

御記入いただいた氏名・年齢・障害種別を出席者名簿として取りまとめ、月桂冠株式会社へ情報提供させていただきます。

支援員の方から利用者の方に、情報提供の同意を取っていただいたうえで、御応募ください。

なお、お預かりした個人情報につきましては、本事業の運営目的のみに使用し、それ以外の目的には使用いたしません。

事業所名 \_\_\_\_\_

担当者氏名 \_\_\_\_\_

連絡先 TEL : \_\_\_\_\_

FAX : \_\_\_\_\_

緊急連絡先 \_\_\_\_\_

担当者氏名 \_\_\_\_\_

申込期限：平成30年9月9日(日) 必着