

平成27年10月6日

就労系事業所の皆さま  
就労支援関係機関の皆さま

京都市保健福祉局障害保健福祉推進室  
(担当: 松本 電話 222-4161)

## 平成27年度 京都市 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 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

- 日 時： ①平成27年10月23日（金） 午後（知的障害者など向けの面接）  
②平成27年10月28日（水） 午後（身体・精神障害者など向けの面接）  
※ 面接の時間帯につきましては、申込み受付後にお知らせします。
- 場 所： 〒604-8223 京都市中京区新町通錦小路下る小結棚町444  
ニッセン四条新町ビル4階「株式会社 u & n」  
(※ 別紙「研修会場案内図」参照)
- 内 容： 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！」  
(※ 詳細は別紙「利用者向け 研修案内」参照)
- 募 集 対 象： 就労移行支援事業所をはじめ障害福祉施設等の利用者  
(就職活動をしている方、企業面接を受ける予定がある方等で、面接雰囲気になれる・練習をしたい方等向きとなります。)
- 面接留意事項： I 本研修では、実際の面接へと繋げていただくため、当日に支援者と受験者で面接の振り返りを行っていただきます。申込の際には支援者と一緒に御申込みください。  
II 架空企業の求人票に沿った面接を行います。設定上の企業となりますので、面接態度・受け答えなどに着目した企業の評価・アドバイスになります。

Ⅲ 面接は、受験者1人で受けていただく設定です。(支援者は面接の様子を後ろで見てください。詳細につきましては、お申込み受付後に御案内します。)

定 員： ①10名程度 ②10名程度

参 加 費： 無料

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。

申 込 期 限： 平成27年10月18日(日)まで

(※ 定員になり次第締め切らせていただきます。参加の可否及び当日の詳細につきましては、こちらから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、下記問合せ先まで確認のお電話をくださいますようお願いいたします。)

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  
京都市障害保健福祉推進室 (担当 松本)

#### 研修会場案内図



(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、郵送又は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(23日) <input type="checkbox"/> 精神(28日) <input type="checkbox"/> 身体(28日) <input type="checkbox"/> その他	<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(23日) <input type="checkbox"/> 精神(28日) <input type="checkbox"/> 身体(28日) <input type="checkbox"/> その他	<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、必ず支援者と一緒にお申込みください。  
(各所属機関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27年10月18日(日)