

平成28年5月19日

就労系事業所 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 京都市障害者就労支援スキルアップ研修会（利用者向け）
「企業から学ぶ就労への準備」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るとともに、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。

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28年6月15日（水） 午後2時00分から午後4時00分まで
②平成28年6月16日（木） 午後2時00分から午後4時00分まで
（※ 午後1時40分開場・受付）
- 場 所： 〒600-8492
京都市下京区四條通新町東入る月鉾町62 住友生命京都ビル 8階
株式会社 ワコールキャリアサービス
（※ 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
「企業から学ぶ就労への準備」
（※ 詳細は別紙「研修案内」参照）
- 講 師： 株式会社 ワコールキャリアサービス
インストラクター 大野 有紀枝（おおの ゆきえ）氏
- 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と同伴される支援者
（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向け内容です。）
① 6月15日は知的障害者など向けの内容です。
② 6月16日は身体・精神・発達障害者など向けの内容です。
* 同内容(テーマ)の研修ですが、内容や伝え方、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のご判断をお願いします。

定 員： ① 20名程度 ② 20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28年6月9日(木)まで

(※ 定員になり次第締め切らせていただきます。参加の可否は、6月10日(金)までに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。)

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)で御参加いただきますよう、よろしくお願いいたします。また、支援者の同行は研修振り返りや就労支援のヒントが得られますので、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:住友生命京都ビル 8階

◇地下鉄・阪急
四条烏丸駅下車
西へ徒歩5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 ◆◆◆

(6月開催 京都市障害者就労支援スキルアップ研修会)

以下に必要な事項を記入し、郵送又はFAXで送信してください。

参加者氏名など		所属		障害種別		参加日		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"/> 15日	<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"/> 16日	<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"/> 15日	<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"/> 16日	<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"/> 15日	<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"/> 16日	<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"/> 15日	<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"/> 16日	<input type="checkbox"/> 同意しない			

応募者多数の場合は、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、1施設より複数名の申込がある場合は、応募が多数で募集定員を超えた際に、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○●○

御記入頂いた施設名・氏名を出席者名簿としてまとめ、研修関係機関（ワコールキャリアサービス）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 _____

* 利用者のみ参加される場合は、緊急連絡先を記入の上、緊急時の対応をよろしくお願いします。

お申込み締め切り日：平成28年6月9日（木）