

平成29年6月14日

就労継続支援事業所 各位
就労移行支援事業所 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29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**

日頃は、本市障害保健福祉行政の推進に御理解及び御協力を賜り、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、研修会を下記のとおり開催いたします。

つきましては、貴事業所のご利用者様に本研修会の開催について、周知いただきますようよろしくお願いいたします。

なお、研修会の参加申込については、誠に恐縮でございますが、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。

記

日	時	1回目 平成29年7月4日（火）	14:00～16:00
		2回目 平成29年7月5日（水）	14:00～16:00
			※受付開始時刻 13:40
会	場	株式会社 ワコールキャリアサービス 〒600-8492 京都市下京区四条通新町東入る月鉾町62 住友生命京都ビル 8階 ※ 別紙「研修会場案内図」参照	
内	容	～企業から学ぶ就労への準備～について ※ 詳細は別紙「研修案内」参照	
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及び支援員 〔 1回目 知的障害のある方 定員25名（先着順） 2回目 精神、発達、身体障害のある方 定員25名（先着順） ※2日とも内容は同じですが、内容の伝え方、進行方法などが異なります。 〕	

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 高橋 京子 (たかはし きょうこ) 氏

参 加 費 無料

参 加 方 法 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。

申 込 期 限 平成29年6月27日(火)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28日(水)までに連絡させていただきます。
連絡がない場合は、下記の間合せ先まで確認のお電話をいただき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。研修に参加される方(利用者・支援者)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。
また、支援員様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
京都市障害保健福祉推進室(担当 松本)
TEL : 075-222-4161
FAX : 075-251-2940

(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 ◆◆◆

(7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		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"/> 4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"/> 5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"/> 4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"/> 5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"/> 4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"/> 5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"/> 4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"/> 5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、応募者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 松本 (TEL 222-4161) までお問い合わせください。

※ 施設名・氏名の情報について

御記入いただいた施設名・氏名を出席者名簿として取りまとめ、研修関係機関(株)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。

なお、お預かりした個人情報については、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しません。

事業所名 _____

担当者 _____

※担当者様の連絡先を必ず御記入ください

連絡先 TEL _____

FAX _____

緊急連絡先 _____

担当者 _____

※利用者様のみ参加される場合は、緊急連絡先を記入の上、緊急時の担当方お願いします。

申込締切日：平成29年6月27日(火)