

同行援護従業者養成研修 令和6年度コース 受講生募集

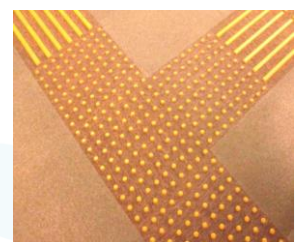


視覚障がい者の方の外出を安全・安心に移動サポート！

視覚障がい者の方の外出時に同行して行う移動の援護、代読や代筆、排泄、食事介助など援助を行うための必要な知識や技術を学びます。

受講料 (テキスト・消費税込み)	一般課程のみ	応用課程のみ	一般・応用 セット
一般の方	25,000円	20,000円	36,000円
高校生・専門 学校・大学生 の方	23,000円	17,000円	30,000円

日程
 一般課程：10月12日（土）
 10月19日（土）
 10月26日（土）
 応用課程：11月16日（土）
 11月23日（土祝）



・・活躍できるフィールド・・

ガイドヘルパー事業所・障がい者の支援施設・グループホームなどにお勤めの方やボランティア活動、スキルアップにいかせます！

同行援護を提供する事業所のサービス提供責任者は同行援護の研修修了している事が必須です！
ぜひ受講をお考え下さい



まずはお問い合わせください

TEL.06-6354-7801

株式会社シニアメディカルサービス

住所：大阪府大阪市都島区片町1-5-13大手前センチュリービル1階
アクセス：京阪・Osaka Metro 天満橋駅、JR 大阪城北詰駅 徒歩10分圏内

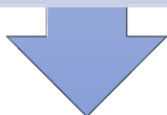
株式会社シニアメディカルサービス 同行援護従業者養成研修のお申込み

まずは、お電話・FAXで資料をご請求ください。
(TEL06-6354-7801・FAX06-6354-7804)

受講申込書をシニアメディカルサービスへ郵送・窓口でお申込み下さい。

シニアメディカルサービスの営業時間は、平日午前9時～午後6時です。窓口でお申込みの方は受講料もお支払いいただけます。お越しになる前にお電話をお願いいたします。

TEL06-6354-7801



郵送でお申込みの方は、申込書発送後1週間以内に受講料を指定口座にお振込み下さい。

振込先 近畿産業信用組合 奈良支店 普通預金 3048250
口座名義 株式会社 シニアメディカルサービス



申込書・振込の確認後、受講に関する書類を送付いたします。

定員（15名）に達し次第申込を締め切ります。お申込み時にご確認ください。

一般課程

講座日	科目番号、項目番号、科目名、項目名	時間
10月12日(土)	開講式・オリエンテーション	9:20~9:30
10月12日(土)	(6) 障がい者の人権	9:30~11:30
10月12日(土)	(1) 視覚障がい者（児）福祉サービス	11:30~12:30
10月12日(土)	(2) 同行援護の制度と従業者の業務	13:15~15:15
10月12日(土)	(3) 障がい・疾病の理解①	15:15~17:15
10月19日(土)	(4) 障がい者（児）の心理①	9:00~10:00
10月19日(土)	(5) 情報支援と情報提供	10:00~12:00
10月19日(土)	(7) 代筆・代読の基礎知識	12:45~14:45
10月19日(土)	(8) 同行援護の基礎知識	14:45~16:45
10月26日(土)	(9) 基本技能	9:00~13:00
10月26日(土)	(10) 応用技能	13:45~17:45
10月26日(土)	閉講式	17:45~18:00

応用課程

講座日	科目番号、項目番号、科目名、項目名	時間
11月16日(土)	開講式・オリエンテーション	9:20~9:30
11月16日(土)	(11) 障がい・疾病の理解②	9:30~10:30
11月16日(土)	(12) 障がい者（児）の心理②	10:30~11:30
11月16日(土)	(13) 場面別基本技能	12:15~15:15
11月16日(土)	(14) 場面別応用技能	15:15~18:15
11月23日(土祝)	(15) 交通機関の利用（15名）	(午前の部) 9:00~13:00 (午後の部) 13:45~17:45
11月23日(土祝)	閉講式	(午前の部) 13:00~13:15 (午後の部) 17:45~18:00

シニアメディカルサービス 同行援護従業者養成研修受講申込書

受付番号	
------	--

私は、同行援護従業者養成研修の受講申込にあたり、学則の内容を確認の上、規律を遵守することを誓約いたします。（誓約いただける方は、左上の口をチェック印を記入下さい。）

			申込年月日
			年 月 日
受講講座	同行援護従業者養成研修		写真（4cm×3cm）
フリガナ			
氏名			
生年月日	（西暦） （和暦）年 月 日（ 歳）	性別	
フリガナ			
住所	（〒）		
電話番号		緊急連絡先	（お名前）
携帯番号			（続柄）
勤務先・学校名	高校（ 年生）		（電話番号）
介護経験	有（ 年 カ月）・無		
本人確認（コピー添付）	運転免許書・健康保険証・パスポート・年金手帳・その他（ ）		
資格取得後の予定			
本講座受講の理由	サービス提供責任者として必要なため・スキルアップ・家族の介護に役立てたい その他（ ）		

※今回、提供いただきました個人情報については、本講座受講以外には使用いたしません。

株式会社シニアメディカルサービス
 大阪市都島区片町1-5-13 大手前センチュリービル1階
 TEL06-6354-7801 FAX06-6354-7804