

平成26年度 第2回
障害者施設職員研修会
(機能訓練・健康管理担当者コース)

実 施 要 項

1. 目 的 障害者施設等の機能訓練担当者及び健康管理担当者に対し必要な知識、技術等について研修し、障害者支援サービスの向上と施設運営の円滑化を図ることを目的とします。
2. 主 催 全国障害者総合福祉センター（戸山サンライズ）
（厚生労働省委託事業）
3. 開催場所 全国障害者総合福祉センター（戸山サンライズ）
〒162-0052 東京都新宿区戸山1-22-1
TEL 03(3204)3611（代） FAX 03(3232)3621
4. 期 間 平成26年10月15日（水）～10月17日（金）
5. 対 象 者 障害者施設等において機能訓練、健康管理等を担当する者。
6. 定 員 70名
7. カリキュラム 別紙1のとおり
**※日程表・担当講師等は決定次第、当センターHP上に掲載いたします。
また、直接お問い合わせいただければ、決定後に個別にご連絡を差し上げます。**
8. 必要経費

①研修費	12,000円
②懇親会費	2,000円（希望者のみ） （懇親会は初日の講義終了後に開催を予定しています。）
③宿泊費（1泊朝食付き）	5,000円（希望者のみ・相部屋）
〃	6,500円（〃・個室・健常者）
〃	5,000円（〃・個室・障害者）

（宿泊費は、宿泊をする日数分ご用意いただきます。）
9. 申込方法 受講申込書（別紙2）を全国障害者総合福祉センター（戸山サンライズ）へお申し込みください。
FAXにて申し込む場合は、送信後、必ず当センター養成研修課まで受信の可否を確認してください。
10. 申込締切 平成26年9月12日（金）必着
11. 受講決定 平成26年9月19日（金）頃、受講決定通知を発送予定。
（受講申込者宛てに受講決定・受講不可を問わず通知いたします。）
12. 修了証書 全課程修了者には修了証書を授与します。（欠席・遅刻・早退の著しい者には授与しない場合がありますのでご注意ください。）
13. 宿泊申込 当センターに宿泊を希望する受講者は、宿泊申込書によりお申し込みください。
個室利用はご希望に添えられない場合がありますので、ご了承ください。
なお、できる限りキャンセル等変更がないようにお願いします。

(別紙1)

平成26年度 第2回
障害者施設職員研修会
(機能訓練・健康管理担当者コース)

カリキュラム

講 義 名	時間数
障害者福祉の動向と機能訓練・健康管理	2
機能訓練と健康管理	2
障害者の機能訓練の意義	2
福祉用具の活用と機能訓練	2
障害者の医学特性と機能訓練	2
脳血管障害者の運動療法	2.5
重症心身障害児・者の運動療法	2.5
知的障害者の運動療法	2.5

※カリキュラムは都合により変更することがあります。

(別紙2)

全国障害者総合福祉センター(戸山サンライズ) 研修会 受講申込書

研修会名	平成26年度 第2回 障害者施設職員研修会 (機能訓練・健康管理担当者コース)		
お名前 氏名	男 女	昭和・平成	年 月 日生 歳
勤務先名		役職名	
事業種別		現職/職前	年 月
所在地	〒 TEL ()		
今回の研修会で 学びたいこと			
障害の有無	無・有 () 車いす使用 手話通訳必要		
受講決定通知文書の宛名	所属長	本人	その他 ()
メールアドレス (任意)	※PDFデータを添付しますので、携帯電話以外のメールアドレスをご記入ください		
懇親会 (どちらかに○をしてください)	参加 不参加		

※受講決定通知の書類一式(受講決定通知文書、日程表、連絡事項等)は受講者ご本人宛て(勤務先住所)に郵送いたします。

※本書に記載いただいた個人情報は、研修会以外の目的には使用いたしません。

氏名、勤務先名、役職名を記載した受講者名簿につきましては、受講者間の情報交換等を目的として各受講者に配布いたしますので、ご了解ください。差し障りのある場合は、お手数ですが事前に事務局までご連絡ください。

※今後当センターが実施する研修会等の案内を希望される方はメールアドレスをご記入ください。

宿泊日程	月 日 月 日 月 日 月 日
個室利用 (個室は有に○) (相部屋は無に○)	有・無
禁煙室希望 (禁煙室は有に○) (喫煙室は無に○)	有・無

①個室希望の希望に添えない場合もあります。

※洋室・和室の割り当ては当方に一任ください。

②禁煙室の希望に添えない場合もあります。

③宿泊の希望に添えない場合は連絡いたします。

宿泊を希望する方は必ず○をしてください。

戸山サンライズ処理欄

1	2	