令和６年度　豊田市強度行動障がい支援者養成研修事業（実践研修）募集要項

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 登録研修機関番号 | 愛障１７５号 | | | |
| 2 | 登録研修機関名 | 豊田市福祉事業団 | | | |
| 3 | 研 修 課 程 | 強度行動障がい支援者養成研修　実践研修（通学形式） | | | |
| 4 | 研 修 会 場 | 講義 | 会場名 | 豊田市役所　東庁舎　７階大会議室 | |
| 所在地 | 〒471-0024 豊田市西町3丁目６０番地 | |
| 5 | 研 修 期 間 | 令和６年１１月１４日(木)～令和６年１１月１５日(金) | | | |
| 6 | 募 集 期 間 | 令和６年１０月１０日(木)～令和６年１０月２５日(金)　まで | | | |
| 7 | 定 員 | １５名  （申込者多数の場合は、13選考基準に基づき受講者を決定します） | | | |
| 8 | 受 講 料 | ４，０００円 | | | |
| 9 | 受講申込方法 | 提出書類を募集期間内に持参、郵送、FAX及びメールのいずれかの方法により提出してください。  （１）提出書類  様式　「令和６年度豊田市強度行動障がい支援者養成研修事業（実践研修）受講申込書」  （２）提出先  〒471-0065　豊田市平芝町５－１３  豊田市福祉事業団　　担当：倉嶋　宛  　電話：0565-31-3370　FAX：0565- 31-3391  メール：dai2himawari@hm.aitai.ne.jp  ※受講の可否については、１１月５日（火）までに連絡します。 | | | |
| 10 | 研修内容に関する相談窓口 | 担 当 者 名 | | | 倉嶋　昌之（第二ひまわり） |
| 電 話 番 号 | | | （０５６５）－３１－３３７０ |
| ＦＡＸ番 号 | | | （０５６５）－３１－３３９１ |
| 11 | 受講資格 | 受講資格は、次のいずれにも該当する者とする。  （１）２日間全ての講座に出席できる者  （２）強度行動障がい支援者養成研修基礎研修修了者  　　※豊田市実施以外の基礎研修受講も認めます。  （３）知的障がい者、精神障がい者、障がい児の直接支援業務に  「３年以上」従事した者であり、かつ指導的立場にある者  （４）以下のいずれかに該当する者  ア　豊田市内に所在する障がい者総合支援法に基づく障がい福祉サービス事業所等（施設入所支援、共同生活援助、生活介護、相談支援、就労継続支援、就労移行支援、居宅介護、短期入所、地域生活支援）に勤務し、強度行動障がい者に対する支援に従事している者  イ　豊田市強度行動障がい支援検討会委員が所属する市外の施設又は事業所において、知的障がい、精神障がいのある児者を支援対象にした業務に従事している者  ウ　豊田市内の学校及び愛知県立三好特別支援学校、瀬戸つばき特別支援学校並びに市内の病院において、強度行動障がいのある児者の支援に携わりかつ基本的理解、支援技術の基礎の学習を希望する者 | | | |
| 12 | 注意事項 | （１）原則、研修開始から１０分以上遅刻した場合は欠席とします。  （２）天災その他やむを得ない事情により、研修の実施が困難と事業者が判断した場合には、研修の中止又は延期の措置をすることがあります。 | | | |
| 13 | 選考基準  （申込者が定員を超えた場合） | （１）勤務先からの推薦がある方を優先します。  （２）経験年数、取得資格等を優先の参考とします。  （３）同勤務先から複数名申込みがある場合、当該勤務先の受入れ  状況を考慮した上で人数を調整します。  （４）上記の整理をしても、なお定員を超えた場合、整理後の申込者の中から抽選を行います。 | | | |
| 14 | その他 | 本人確認のため、受講者は、初回の講義時に身分証明書の写しを事務局に提出してください。  （写真有身分証明書１点、写真無身分証明書の場合は２点）  ※写真有身分証明書の例：運転免許証、個人情報カード等 | | | |