令和５年度　豊田市強度行動障がい支援者養成研修事業（基礎研修）募集要項

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 登録研修機関番号 | 愛障１７１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　基礎研修（通学形式） | | | |
| 4 | 研 修 会 場 | 講義 | 会場名 | 豊田市役所　元城庁舎西棟　元城西３階会議室 | |
| 所在地 | 〒471-0024 豊田市元城町3丁目17番地 | |
| 5 | 研 修 期 間 | 令和５年１０月２６日(木)～令和５年１０月２７日(金) | | | |
| 6 | 募 集 期 間 | 令和５年９月１１日(月)～令和５年９月２２日(金)　まで | | | |
| 7 | 定 員 | １５名  （申込者多数の場合は、選考基準に基づき受講者を決定します） | | | |
| 8 | 受 講 料 | ４，０００円（テキスト代含む。）  ※ 研修テキストは、『行動障害のある人の「暮らし」を支える』（監修：特定非営利活動法人全国地域生活支援ネットワーク）を使用します。 | | | |
| 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５年度豊田市強度行動障がい支援者養成研修事業（基礎研修）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、９月２９日（金）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 | 以下２要件をいずれも満たす者  （１）２日間全ての講座に出席できる者  （２）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（予定を含む。）  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（予定を含む。）  ウ　豊田市内の学校、愛知県立三好特別支援学校及び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）同勤務先から複数名申込みがある場合、人数を調整します。  （３）経験年数、取得資格等を優先の参考とします。  （４）（１）～（３）を考慮した上で、昨年度、受講できなかった方を優先します。  （５）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、マイナンバーカード等 | | | |