

同行援護(応用課程)個別出前研修開催のご案内

研修会場にお越し頂くのではなく、ご都合の良い日・場所をご相談させて頂き、こちらから研修に伺わせて頂く研修です。

- 受講対象者 一般課程及び一般課程と認められる研修の受講済みの方
- 基本受講料 8,000 円(講師出張交通経費、演習にともなう公共交通機関の利用料等は別途となります。)
- 事前打ち合わせ事項 受講料 受講者数 受講時間 開催日程 講習会場 演習場所など
※開催日は開催内容決定後 3 週間以降となります。
- 基本日程

※下表は基本プログラムとなります。受講者数、受講時間、講習会場、演習場所によっては変更となります。

日程	時間	形態/時限(課程)	講義名
1 日目	8:30~ 9:00	開講式・事務局案内	
	9:00~10:00	講義/1 時間(応用課程)	障害・疾病の理解②
	10:00~11:00	講義/1 時間(応用課程)	障害者(児)の心理②
	11:00~12:00	演習/1 時間(応用課程)	場面別基本技能①
	12:00~13:00	昼食	
	13:00~15:00	演習/2 時間(応用課程)	場面別基本技能②③
	15:00~18:00	演習/3 時間(応用課程)	場面別応用技能①②③
2 日目	8:00~12:00	演習/4 時間(応用課程)	交通機関の利用
	12:00~12:30	修了式	

- お申込み方法 次項の **同行援護(応用課程)個別出前研修お申込み書** をご記入のうえ、FAX送信にてお申込みください。受付次第、担当者からご連絡させていただきます。

■お問い合わせ先

石川県指定 障福第 1541 号
特定非営利活動法人 バリアフリー総合研究所
〒924-0023 石川県白山市成町 712-3 <http://www5.ocn.ne.jp/~bfsouken>
本研修会担当責任者 永田まで 携帯 090-1637-1869

同行援護(応用課程)個別出前研修 お申込み書

下記、ご希望事項等をご記入のうえ、FAX送信にてお申込みください。
本紙FAX受信を確認次第、当法人担当者から連絡させていただきます。

お申込みFAX番号 076-287-6778

■お申込みご記入表 ※現在、事業所に所属されていない場合は所属事業所の記載はご不要です。

フリガナ ご氏名		個別連絡 電話番号	-	-
所属事業所名				
所属事業所住所	〒 - TEL - - FAX - -			
ご希望開催日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
ご希望受講者数	※複数で受講をご希望の場合にご記入ください。 人			
ご希望講習会場名	※お申込み事業所で開催希望の場合は記入不要です。			
ご希望講習会場住所	※お申込み事業所で開催希望の場合は記入不要です。			
演習場所候補の 公共交通機関情報	※最寄りの駅名、停留所名等をご記入ください			
その他ご要望事項等				

■複数で受講を希望される場合は、お申込みの方以外の方についてご記入ください。

ご氏名	フリガナ	性別	生年月日		
		男・女	昭和・平成	年	月 日
		男・女	昭和・平成	年	月 日
		男・女	昭和・平成	年	月 日
		男・女	昭和・平成	年	月 日
		男・女	昭和・平成	年	月 日
		男・女	昭和・平成	年	月 日
		男・女	昭和・平成	年	月 日

■お問い合わせ先

特定非営利活動法人バリアフリー総合研究所 〒924-0023 石川県白山市成町 712-3 <http://www5.ocn.ne.jp/~bfsouken>

本研修会担当責任者 永田 携帯 090-1637-1869

※本紙に記載頂いた個人情報、当研修会開催の目的以外で使用致しません。