

平成29年度 鹿児島県相談支援従事者初任者研修(前期) 開催要領

1 目的

障害者総合支援法に基づき、地域の障害者等の意向に基づく地域生活を実現するために、必要な保健、医療、福祉、就労、教育などのサービスの総合的かつ適切な利用支援等の援助技術を習得することを目的とする。

2 実施主体

鹿児島県社会福祉協議会(鹿児島県相談支援従事者研修 指定研修事業者)

3 日程 1日目 平成29年8月31日(木) 9時20分～16時40分(受付9時～)
2日目 平成29年9月 1日(金) 9時00分～16時20分

4 場所 鹿児島サンロイヤルホテル (鹿児島市与次郎1-8-10)

5 定員及び対象者

(1) 定員 約365名

(2) 受講対象者

- ・事業所に所属し、相談支援専門員として業務に従事する予定の者。
- ・事業所に所属し、サービス管理責任者(児童発達支援管理責任者)として業務に従事する予定の者。(経過措置により現に従事している者を含む)

(新規で、サービス管理責任者(児童発達支援管理責任者)の資格取得を希望される方は、必ずこの研修を受講してください)

6 研修内容 別紙「相談支援従事者初任者研修カリキュラム」のとおり

7 受講料 12,000円

8 受講証明書の交付 全科目受講した者に対して、受講証明書を交付する

9 申込方法について

(1) 申込方法

次の書類を同封のうえ、郵送・宅配等でお申し込み下さい。

(本会に、直接持ち込んでも、受付はできません)

ア 受講申込チェック票

イ 相談支援従事者初任者研修申込書

ウ 実務経験証明書

エ 実務経験要件のうち資格要件に関わる資格証等の写し

オ 社会保険証の写し

カ 返信先住所氏名を記載し、140円切手を貼った返信用封筒(角形2号封筒)を2部(決定通知用1部、事前課題用1部)

※書類の不備や不足がある場合は受付できませんので、必ず確認してください。

※同一事業所から複数人申し込む場合は、申込み人数分の返信用封筒を同封してください。

- (2) 申込期間 平成29年 6月 6日(火) から
平成29年 7月11日(火)(17時必着)
※期限を過ぎてからの受付は、いかなる場合も行いません。

(3) 申込先

〒890-8517 鹿児島市鴨池新町1番7号 県社会福祉センター
鹿児島県社会福祉協議会 地域福祉部 宛て
電話 099-257-3855 FAX 099-251-6779

10 その他

- (1) 申込者が定員を超えた場合は、受講者を選考しますので、あらかじめご了承下さい。
- (2) 受講者の決定可否については、同封された返信用封筒を利用してお知らせします。
- (3) 受講料の支払い方法については、受講決定時にお知らせします。
- (4) 受講申込書に記載された個人情報は、名札・名簿の作成、修了証書の作成等、今回の研修に関連する目的でのみ使用し、他の目的で使用することはありません。
- (5) 座席の配慮やサポートが必要な場合は、申込書の⑰備考(配慮)欄にご記入ください。
受講決定者で配慮が必要な方については、後ほど個別に対応をさせていただきます。
(申出に対して、十分に対応しきれない場合もあることを予めご了承ください)

11 注意事項

- (1) サービス管理責任者(児童発達支援管理責任者)研修の受講申込み案内については、10月上旬を予定しておりますので、資格取得を希望する場合は、改めて受講申込みが必要となります。サービス管理責任者(児童発達支援管理責任者)研修の受講申込みがない場合は受講できません。
- (2) 本県においては、サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者の資格を取得するためには、先に、相談支援従事者初任者研修(前期)を修了していただくことが必要になります。
受講申込みの際は、十分ご注意ください。

12 問い合わせ先

社会福祉法人鹿児島県社会福祉協議会 地域福祉部 (電話 099-257-3855)