

平成29年度 鹿児島県相談支援従事者初任者研修(後期) 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	9月27日(水)	9時20分～17時30分(受付9時～)
	2日目	平成29年	9月28日(木)	9時00分～17時00分
	3日目	平成29年	9月29日(金)	9時00分～16時00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170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

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 21,000円

8 修了証書の交付 全科目受講した者に対して、修了証書を交付する

9 申込方法について

(1) 申込方法

次の書類を同封のうえ、郵送でお申し込み下さい。

ア 受講申込チェック票

イ 相談支援従事者研修申込書

ウ 実務経歴証明書

ただし、平成24年度以降に相談支援従事者初任者研修(前期)を受講した者は、
受講証明書の写しで可。(平成23年度までは無効)

エ 実務経歴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内
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、あらかじめご了承ください。
- (2) 受講者の決定については、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) 座席の配慮やサポートが必要な場合は、申込書の⑩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)
- (5) 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。

11 留意事項

※当該研修を修了した年度の翌年から起算して、5年度ごとの末日までに「現任研修」を受講する必要があります。不明な点がありましたら、ご連絡ください。

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)