

2020年度

視覚障害ガイドヘルパー 養成研修のご案内

(兵庫県指定 中山同行援護従業者養成研修 一般課程)

主催：公益財団法人 中山視覚障害者福祉財団

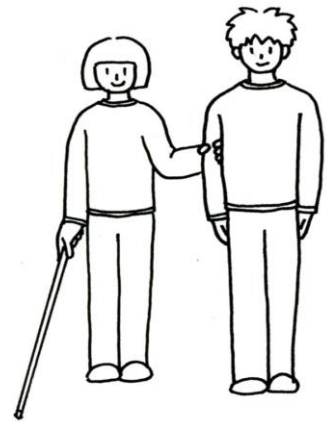
共催：特定非営利活動法人 神戸アイライト協会

視覚障害ガイドヘルパーは、視覚障害者の安全な移動や情報取得の支援（代読や代筆）等、重度視覚障害者の外出を支援する専門職です。

視覚障害者への理解を深め、同行援護の基本技能、電車・バス乗降の実習を含む適切なガイド技術を、歩行訓練士（視覚障害専門職）等が指導します。

この研修の修了者は、兵庫県内の同行援護に従事できます。

- 1) 日程：2021年1月28日（木）29日（金）2月4日（木）5日（金）
（全4日間）
- 2) 講習時間：9時頃～16時頃（内容は4日間とも講義と実習）
- 3) 会場：コムスタこうべ（神戸市生涯学習支援センター：神戸市中央区吾妻通4-1-6）
及び神戸市内
- 4) 対象：下記の条件の方が対象です。
 - ①全日程参加できる方。（遅刻、早退も不可）
 - ②階段等を含め屋外を安全に歩行できる方。
 - ③会話によるコミュニケーションが可能な方。
 - ④視覚障害者の介助に意欲のある方。
- 5) 定員：12名（抽選の上、通知いたします）
- 6) 受講料：無料（ただしテキスト代・実習費等4000円必要）
- 7) 申込方法：裏面の申込書に必要事項をご記入の上、郵送かFAXで送信、またはご持参ください。（申込書にて受付いたします。応募確認の電話をする予定です）



申込締切：2021年1月8日（金）（抽選結果は2021年1月15日迄に郵送で通知）

※新型コロナウイルス感染防止のため、研修中はマスクの着用をお願いいたします。

※状況により、研修の延期・中止の場合がございます。

【申し込み・お問い合わせ先】 特定非営利活動法人 神戸アイライト協会

〒651-0067 神戸市中央区神若通5-3-26 中山記念会館内

電話：078-252-1912 FAX：078-221-6029 担当：塩尻

（火曜～土曜 10時00分から16時00分 日・月・祝休み） ※12/27-1/4 冬期休所

URL: <https://eyelight.eek.jp/>

2020年度 視覚障害ガイドヘルパー養成研修受講申込書（一般課程）

記入日： 年 月 日

| | | | | |
|--------------------------------|--|-------|--------|------|
| フリガナ | | | | 男・女 |
| 氏名 | | | | |
| 住所 | | 〒 | | |
| 携帯電話 | | | 電話番号 | |
| 生年月日 | | 昭和・平成 | 年 月 日生 | 歳 |
| 連絡先 緊急 | フリガナ | | | 続柄 |
| | 氏名 | | | 電話番号 |
| 事業所 情報等 | 事業所名 | | | |
| | 住所 | 〒 | | |
| | 電話番号 | | | |
| 受講決定通知 郵送先 | <input type="checkbox"/> 受講生住所 <input type="checkbox"/> 事業所住所 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |
| 領収証宛名 | <input type="checkbox"/> 受講生氏名 <input type="checkbox"/> 事業所名 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※受講料は研修初日に現金にてお支払いください。 | | | |
| 受講動機 | <ul style="list-style-type: none"> ・同行援護の仕事に就きたい ・ボランティアとして活動したい ・介助技術を高めたい ・その他（ ） ・業務上この資格を必要とするため ・障害者福祉について勉強したい ・家族介護のため | | | |
| 研修を何で 知りましたか | <ul style="list-style-type: none"> ・事業所への案内 ・ホームページ（ホームページ名） ・ちらし（設置場所） ・紹介（紹介者） ・その他（ ） ・神戸アイライト協会からのメール | | | |
| 視覚障害者との係わり はありましたか | <ul style="list-style-type: none"> ・家族にいる ・友人、知人にいる ・ボランティアをした ・仕事で係わった ・その他（ ） | | | |
| 福祉関係の資格 はありますか | <ul style="list-style-type: none"> ・視覚障害移動支援（取得事業所 取得年月日） ・同行援護一般（取得事業所 取得年月日） ・同行援護応用（取得事業所 取得年月日） ・その他（ ） | | | |
| その他(連絡しておきたいこと、視覚障害について思うことなど) | | | | |
| ※本部記入欄（備考） | | | | |