

事務連絡
平成30年8月

各関係事業所・施設の管理者 様

社会福祉法人小羊学園
重症心身障害児施設「つばさ静岡」
施設長 山倉 慎二

平成30年度 重症心身障害児(者)対応介護従事者養成研修のご案内

時下、ますます御清祥のこととお喜び申し上げます。

重症心身障害児(者)の在宅支援につきましては、日ごろよりご支援とご協力をいただき感謝申し上げます。

重症児(者)の在宅支援は今後より一層の拡充を図っていくことが求められているところであり、そのためにも重症児(者)とその家族の日常生活・活動をサポートする福祉・介護職の人材の確保と資質の向上は、欠くことのできない非常に重要なテーマとなっています。このようなことから、本法人では平成23年度より静岡県からの事業委託を受け、今年度も標記研修の開催を予定しております。

貴施設所属職員の本研修への参加を希望される場合は、別紙1「重症心身障害児(者)対応介護従事者養成研修参加申込書」にご記入のうえ、**9月5日(水)(必着)**迄に下記宛**FAX**でご返送願います。

なお、申込者多数の場合、参加者数を制限させていただく場合がありますので、ご了承ください。参加が決定致しましたら「**受講決定通知書**」をメールで送らせていただきます。

本研修について、ご不明な点等ありましたら、下記連絡先までお問い合わせください。

以上、よろしく申し上げます。

<申し込み、問い合わせ先>

〒420-0805

静岡市葵区城北117 つばさ静岡

重症児者対応介護従事者養成研修事務局 植松、北尾 (アグネス静岡)

電話：054-249-2833 FAX：054-249-2831

平成30年9月5日 締め切り

別紙 1

平成 年 月 日

つばさ静岡施設長 宛

FAX番号

054-249-2831

所在地：

事業所名：

施設長・管理者：

平成30年度 重症心身障害児(者)対応介護従事者養成研修参加申込書

標記研修について、以下のとおり申し込みます。

ふりがな 参加希望者氏名	
生年月日	
職 種 (いずれかを○で囲む)	指導員・生活支援員・介護福祉士・保育士・ホームヘルパー・その他()
業務経験年数	障害児(者)支援 年 (うち重症児(者)支援経験年数 年)
実習希望先	第一希望 () 第二希望 ()
Eメールアドレス	

※ 生年月日は、実習時にご加入いただく「全国社会福祉協議会 ボランティア行事用保険」の手続きに必要となります。

※ 実習希望事業所の調整をさせていただくことがあります。必ず、第二希望までご記入ください。

※ 今後の連絡は、Eメールでさせていただきます。メールアドレスの記載も忘れずお願いします。

担 当 _____

TEL _____

FAX _____