

平成25年度 障害者福祉センター管理運営研修会  
(平成25年度 第1回 障害者福祉センター等職員研修会)

実 施 要 項

1. 目的 身体障害者福祉センター等の施設長及び幹部職員に対し、国の障害者福祉行政等新しい情報を提供するとともに地域の障害者生活支援および施設経営等の知識について研修し、施設運営の充実、強化を図ることを目的とする。
2. 主催 全国障害者総合福祉センター(戸山サンライズ)  
〒162-0052 東京都新宿区戸山1-22-1  
TEL 03-3204-3611 FAX 03-3232-3621
3. 共催 公益社団法人 札幌市身体障害者福祉協会  
障害者福祉センター等全国連絡協議会
4. 開催期間 平成25年9月25日(水)～9月26日(木)
5. 開催場所 1日目  
ホテル札幌ガーデンパレス  
〒060-0001 北海道札幌市中央区北1条西6丁目  
TEL 011-261-5311 FAX 011-251-2938  
2日目  
札幌市身体障害者福祉センター  
〒063-0802 北海道札幌市西区二十四軒2条6丁目  
TEL 011-641-8850 FAX 011-644-2900
6. 対象者 身体障害者福祉センター(A型、B型)及び従来障害者デイサービス事業を実施していた生活介護事業所、地域活動支援センター等の施設長等幹部職員及び中間管理職員。
7. 定員 50名
8. 申込方法 参加申込書を全国障害者総合福祉センター(戸山サンライズ)へご送付ください。  
FAXにて申し込む場合は、FAX送信後、必ず当センター養成研修課まで受信の可否を電話にてご確認ください。
9. 申込締切 平成25年8月31日(土) **必着**
10. 参加決定 平成25年9月7日(土)頃別途通知書を発送します。
11. 宿泊場所 9月24日(火)・25日(水)  
(シングル、1泊朝食付、税込み6,800円)  
ホテル札幌ガーデンパレス  
〒060-0001 北海道札幌市中央区北1条西6丁目  
TEL 011-261-5311 FAX 011-251-2938
12. 宿泊申込 宿泊を希望する方は、宿泊申込書によりお申し込みください。  
事務局で確保しているのは、9月24日・25日の2日間です。
13. 必要経費 研修費 13,500円  
宿泊費 上記宿泊案内のとおり
14. 分科会事前レポートについて  
本研修会に参加される方は、下記の要領にて分科会事前レポートを必ずご提出ください。このレポートは各分科会の参考資料として各参加者に配布させていただきますので、あらかじめご了承ください。 締め切り：9月13日(金)  
作成要領：様式は自由です。A4用紙1枚程度にまとめてお書きください。  
テーマ：『各地域での障害者に対する情報保障の取り組みと課題』  
各センター、事業所等ではどのような情報保障の取り組みが行われているか。また、地域ではどのような方法で情報提供を行っているか。  
(例)災害等緊急時における情報保障について  
視・聴覚障害者への情報保障について(他の障害への配慮等もございましたらお書きください) など  
提出方法：メールにて下記アドレスにご送信ください。  
メールアドレス：kensyu@abox3.so-net.ne.jp

平成 2 5 年度 障害者福祉センター管理運営研修会  
日 程 表

9月25日(水) <ホテル札幌ガーデンパレス>	9月26日(木) <札幌市身体障害者福祉センター>
	移動 『ホテル』 『札幌市身体障害者福祉センター』
	9:30～10:30(60分) 全体会 まとめ 第1分科会座長より報告 第2分科会座長より報告 質疑応答
	10:30～11:30 特別講演
12:30～ 受 付	11:30～12:30(60分) 昼食
13:00～ 開 会 式	12:30～13:30(60分) 施設見学
13:30～14:30(60分) 厚生労働省行政説明	13:30頃 解散
14:30～15:00(30分) 札幌市障がい者福祉の概要	
15:00～17:30(150分) 分科会 テーマ:『各地域での障害者に対する 情報保障の取り組みと課題』  第1分科会(A型センター)  第2分科会 (B型センター他障害福祉サービス事業所)	
18:00～ 懇親会	

上記日程表は都合により変更することがあります。

**平成 25 年度 障害者福祉センター管理運営研修会 参加申込書**

ふりがな _____		男	昭和	年	月	日生
氏名 _____		女	歳			
勤務先				役職名		
所在地	〒 _____					
		TEL ( _____ )		-		
		FAX ( _____ )		-		
今回の研修会で学びたいことをお書き下さい						
分科会 (ご希望の分科会に 印をつけてください)			第 1 分科会		第 2 分科会	
施設見学 (札幌市身体障害者福祉センター)			希望する		希望しない	
障害の有無	無 ・ 有 ( _____ )					

本書に記載いただいた個人情報は、研修会以外の目的には使用しません。  
 氏名、勤務先名、職名を記載した参加者名簿につきましては、参加者間の情報交換等を目的として各参加者に配布いたしますので、ご了承ください。差し障りある場合には、お手数ですが事務局までご連絡ください。

**宿 泊 申 込 書**

宿泊先： 9月24日 ホテル札幌ガーデンパレス  
 9月25日 "

宿泊を	希望する	希望しない
-----	------	-------

希望日	9月24日	9月25日
-----	-------	-------

禁煙等	禁煙室希望	喫煙室希望
-----	-------	-------

該当する箇所には○印をつけてください  
 禁煙室・喫煙室はご希望に添えない場合もありますので、ご了承ください。

戸山サンライズ処理欄

1	2	
/	/	