

令和5年度

障害者職業生活相談員資格認定講習

障害者職業生活相談員として選任が予定されている方等を対象に、障害者の職業生活全般にわたる相談・指導についての技術的事項を習得するための講習を開催いたします。

- 日時 令和5年 12月11日(月) 9:15 ~ 16:40
12月12日(火) 9:00 ~ 16:40
- 会場 熊本県市町村自治会館 別館大会議室 (熊本市東区健軍 2-4-10)
最寄駅：熊本市電 神水交差点電停下車 徒歩3分 (会場の駐車場には限りがあります。)
- 対象者 障害者を雇用する事業所で、障害者職業生活相談員として選任が予定されている方等 (国及び地方公共団体の方は除きます。)
- 定員 60名 *定員を超えるお申込みをいただいた場合、相談員の選任が必要な事業所の方を優先し受講者を決定し、申込者に受講の可否を通知します。
- 受講料 無料 (テキスト代を含みます。) *修了者には修了証書を交付します。

☆ 申込方法

受講をご希望の方は、受講申込書 (当支部ホームページにも掲載しています。) に必要事項をご記入の上、申込期間 (9月12日~10月31日) 内にFAX (096-249-1889) 又は郵送 (合志市須屋 2505-3) にてお申込みください。

障害者職業生活相談員とは・・・

職業を通じて障害者の社会参加をすすめるためには、各企業が積極的に雇用の場を提供しようとすることはもちろん必要ですが、採用後も障害者の職業生活の充実を図ることが大変必要です。

このため、「障害者の雇用の促進等に関する法律」では事業主は5人以上の障害者を雇用する事業所ごとに障害者職業生活相談員を選任し、その者に障害者の職業生活全般についての相談・指導を行わせなければならないとしています。

講習内容 (予定)

----- 2日間 (計12時間) -----

- ・ 障害者雇用の理念・現状と課題・雇用対策
- ・ 障害者職業生活相談員の役割
- ・ 障害別にみた特徴と雇用上の配慮
- ・ 就労支援機関の役割と活用
- ・ 人間関係管理と生活指導
- ・ 意見交換会 等

《感染防止について》

当講習につきましては、定期的な換気の実施、広い会場・身体的距離の確保の上、実施いたします。受講者の皆様におかれましても、手指消毒、咳エチケットのご協力をお願いいたします。

「らしく、ほらかく、ともに」

JEED



独立行政法人

高齢・障害・求職者雇用支援機構

熊本支部 高齢・障害者業務課

〒861-1102 熊本県合志市須屋 2505-3

TEL 096-249-1888 FAX 096-249-1889

URL <https://www.jeed.go.jp/location/shibu/kumamoto/>



熊本支部は持続可能な開発目標 (SDGs) を支援しています。

熊本支部HP



障害者職業生活相談員
資格認定講習受講申込書

年 月 日

独立行政法人 高齢・障害・求職者雇用支援機構
熊本支部長 殿

事業所の名称
代表者の職・氏名

次のとおり、障害者職業生活相談員資格認定講習の受講を申込みます。

受講希望日	令和5年12月11、12日	利用交通機関（予定）	車（駐車台数に限りあり）・電車・その他（
申込事業所			
所在地 ■受講通知書の送付先となります	〒		(事業内容)
担当者の氏名、所属及び連絡先 (※1)	氏名	所属部課	
	電話番号	F A X 番号	
	E-mail		
事業所概要	労働者数 _____ 名 うち ↑ 身体障害者数 _____ 名 知的障害者数 _____ 名 精神障害者数 _____ 名 その他の障害者数 _____ 名 申込事業所単体において常時雇用する労働者数及び常時雇用する障害者数を 実人数 で記入してください。		
受講希望者 ※受講希望者欄の「氏名」「生年月日」は修了証書発行に使用しますので正確にご記入ください。			
氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
所属部課	所属部課が所在する都道府県名 (上記所在地と同一の場合は記入不要)		
E-mail	(※2)オンライン配信受講の場合のみ、受講用のE-mailをご記入ください。		
障害者の職業生活に関する相談・指導の実務経験年数	<input type="checkbox"/> 初めて ・ <input type="checkbox"/> 実務経験あり _____ 年	複数名の受講希望者がいる事業所の場合、当該希望者の受講優先順位	人中 _____ 番目
受講希望理由 (「選任義務がある事業所」とは、5人以上の障害者を雇用する事業所をいいます)	受講希望理由として該当するものにチェックしてください(1つ)。 <input type="checkbox"/> (1)選任義務がある事業所で、相談員有資格者がいないため <input type="checkbox"/> (2)選任義務がある事業所で、相談員が人事異動等で不在となるため <input type="checkbox"/> (3)当該年度中に雇用障害者の増加により、選任義務が生じる見込みのため <input type="checkbox"/> (4)選任義務がある事業所で、実務経験(※3)により相談員として選任されているが、講習を受講したいため <input type="checkbox"/> (5)選任義務はないが、障害者の相談、指導に必要なため <input type="checkbox"/> (6)相談員を既に選任しているが、雇用障害者数の増加等により、相談員を増員するため <input type="checkbox"/> (7)その他(具体的理由を記入してください)		
受講に際して必要な障害等への配慮	<input type="checkbox"/> 要 ⇒ (要を選択された場合、該当する内容に☑をつけてください) <input type="checkbox"/> 資料の拡大 <input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/> 要約筆記 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 座席の指定(車いす等) <input type="checkbox"/> その他()		
処理欄 ※記入しないでください。			
受理番号	第 _____ 号	通知番号	第 _____ 号
備考			

(記入に際する留意事項)

- ※1 当機構から照会する場合のご担当者についてご記入ください。
- ※2 オンライン配信を受講する場合のみご記入ください。(受講する回がオンライン配信に対応しているか事前にご確認ください。)
- 記載された情報は、(独)高齢・障害・求職者雇用支援機構において適正に管理し、障害者職業生活相談員資格認定講習を適切に実施することを目的として、また当機構において実施する各種研修等の情報提供のために使用します。
- ※3 「実務経験」による相談員の資格要件は、裏面をご覧ください。
- 「受講に際して必要な障害等への配慮」は、講習を均等に受講いただく準備のために確認するものであり、受講決定可否の判断及びその他の目的に使用することはありません。個別の事情は、受講決定後に改めて伺いますので、支障のない範囲でご記入ください。
- 受講希望者が複数いる場合は、申込書を人数分作成し、それぞれに受講優先順位をご記入の上、提出してください。(受講希望者が複数の場合、ご希望に添えない場合がございますのでご了承ください。)