

各位

一般社団法人大阪知的障害児者生活サポート協会

理事長 安本伊佐子

(公印省略)

大阪知的障害児者生活サポート協会主催世話人研修の開催について

時下益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。

平素は、当一般社団法人大阪知的障害児者生活サポート協会の運営に格別のご支援、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、標記世話人研修を下記のとおり開催しますので、是非ご参加くださいますようお願い申し上げます。

記

開催日時 令和元年11月12日(火) 午前10時30分～午後2時

場 所 (社福) 武田塾 グループホーム ひなた
(柏原市高井田 1020-59 072-977-3861)

内 容 施設見学 グループホームひなた
講義テーマ ①グループホームの支援における日々の困りごと
②権利擁護・虐待事案に関して
③軽食後、午後からグループワーク

講 師 NPO 法人だんでらいおん 統括施設長・久保氏 施設長・栗根氏

定員・参加費 定員40名(定員になり次第締め切らせていただきます。) 参加費無料

※ 「世話人しているけど、もっとグループホームのこと知りたい!」「世話人になりたい。」など、どなたでも参加できます。詳細は事務局までお問い合わせください。

※ 駐車スペースに限りがあります。公共交通機関をご利用下さい。

最寄駅 JR 高井田駅(南口ロータリー)より送迎車をご用意致します。

(送迎時間は別添) なお、事業所ごとの乗り合いでのお車は応相談。

問い合わせ先

一般社団法人大阪知的障害児者生活サポート協会事務局(大阪社会福祉会館3階)

TEL: 06-6764-6889 FAX: 06-6770-5988

E-mail: kyokai@osakasupport.or.jp

一般社団法人大阪知的障害児者生活サポート協会事務局宛
(FAX : 06-6770-5988)

○世話人研修【11月12日(火)開催】について

世話人研修に (参加 不参加) どちらかに○印をご記入ください。

	記入欄
事業所名 (参加の可否にかかわらず ご記入ください。)	_____ TEL : () FAX : ()
ふりがな 参加者氏名	
ふりがな 参加者氏名	
貴法人(事業所)はグループ ホームを何箇所経営していま すか。(不参加の法人(事業所) 様もご記入ください。)	
お困りごとや聞いてみたい 内容等あればご記入下さい。 (不参加の法人(事業所)様もご 記入ください。)	

※事業所名、参加者氏名等をご記入の上、FAXあるいはメールにてご送付お願いします。

※用紙が不足する場合は、コピーした用紙にご記入いただき、ご提出をお願いします。

※返信は10月21日(月)までにお願ひ致します。