

# 福祉有償運送運転者及びセダン等運転者講習会

## ■ 講習内容 ■

【9時～18時00分（昼休憩45分含む）】

- 【第1章】 運転協力者研修の目的と研修の進め方
- 【第2章】 移動・送迎サービスとは
- 【第3章】 移動・送迎サービスの利用者を理解する
- 【第4章】 利用者の心理と接遇
- 【第5章】 必要とされる介助と活動の様子  
ガイドヘルプ及び車イス体験・介助実習
- 【第6章】 移動・送迎サービスに必要な心構えとマナー
- 【第7章】 福祉車両について

【第8章】 移動・送迎サービス関連の交通法を理解する

【第9章】 福祉車両への乗降及び運転実技

修了式

※適性診断（希望者のみ）：18時00分～（多少変更有）

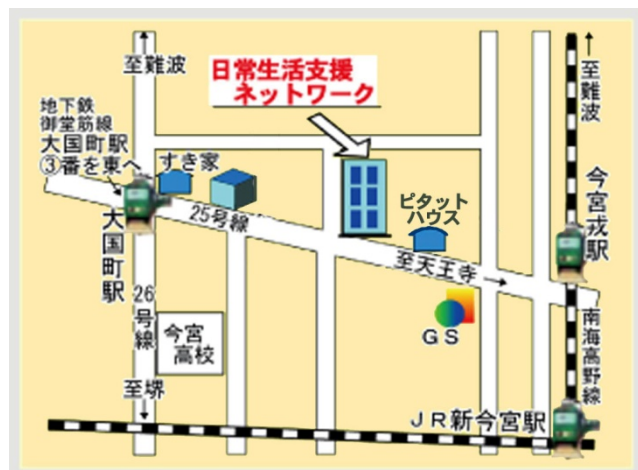
## ■ セダン講習（希望者のみ） ■ 【10時～11時30分】

【第9章】 セダン車両への乗降及び運転実技

セダン車両へ乗降・介助実習

【第10章】 セダン車等運転研修（座学）

修了式



地下鉄「大井町」駅・東側、南海線「今宮戎」駅、西側

・作業所内やサービスを提供中の賠償事故に備え

**事業者総合賠償責任補償制度**

・職員や活動中の支援者の事故に備え

**傷害見舞金補償制度**

障害者福祉制度40年余の実績の

**AIG 保険会社**

代理店 **ジェイアイシーウエスト(株)**

TEL : 06-6941-5187 FAX : 06-6944-1728

自動車保険等あらゆる保険の事はご相談ください

## 申し込み用紙

|                  |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                    |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 希望日<br>(○印を)     | (2026年) ①12月5日(土) ②12月6日(日) (セダン講習希望者のみ)<br>(2027年) ③1月9日(土) ④1月10日(日) (セダン講習希望者のみ)                                                                                |                                                                                                                                                                    |
| 団体名              | <input type="checkbox"/> 運営協議会に届出(予定を含む)の事業者 <input type="checkbox"/> 4条許可の事業者 <input type="checkbox"/> 43条許可の事業者                                                  |                                                                                                                                                                    |
| 団体住所<br>及び連絡先    | 〒 _____<br>電話番号( _____ ) FAX 番号( _____ )                                                                                                                           |                                                                                                                                                                    |
| (ふりがな)<br>参加者氏名等 | (ふりがな)<br>氏名<br>住所 〒 _____<br>生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日<br>移動送迎支援活動歴<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1年以下 <input type="checkbox"/> 1年以上 | (ふりがな)<br>氏名<br>住所 〒 _____<br>生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日<br>移動送迎支援活動歴<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1年以下 <input type="checkbox"/> 1年以上 |
| 福祉に関する<br>免許・資格  | 例：ホームヘルパー2級                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                    |
| 適性診断             | 要 ・ 不要                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                    |

定員超過のため参加をお断りせざるを得ない場合のみ、こちらよりご連絡申し上げます。

個人情報保護法に基づき提供された個人情報は  
その目的以外の用途には利用しません。

**FAX.06-4396-9189**