

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30分～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

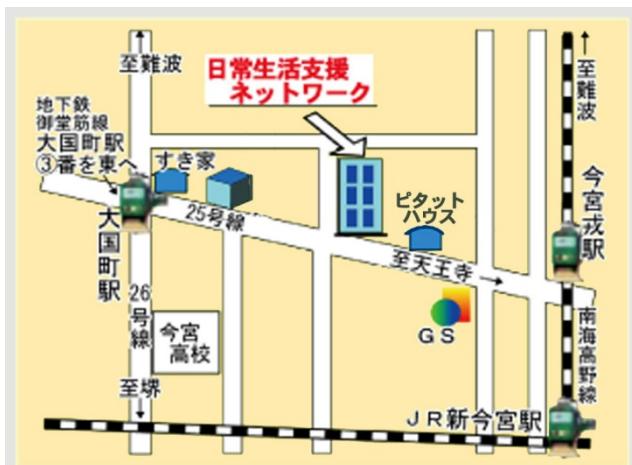
修了式

※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習
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「大國町」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 (○印を)	(2026年) ①2月14日(土) ②2月15日(日)(セダン講習希望者のみ) ③4月18日(土) ④4月19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 及び連絡先	〒 _____ 電話番号(_____) FAX番号(_____)		
(ふりがな) 参加者氏名等	(ふりがな) 氏名 住所 〒 生年月日 年 月 日 移動送迎支援活動歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1年以下 <input type="checkbox"/> 1年以上	(ふりがな) 氏名 住所 〒 生年月日 年 月 日 移動送迎支援活動歴 <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 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、こちらよりご連絡さし上げます。

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