

福祉有償運送運転者及びセダン等運転者講習会

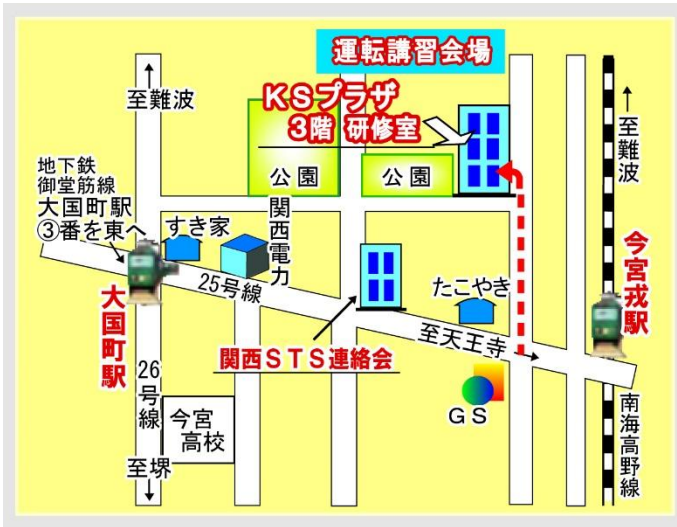
講習内容(第1日目)

- 10:00 第1章 運転協力者研修の目的と研修の進め方
- 10:30 第2章 移動・送迎サービスとは
- 11:00 第3章 移動・送迎サービスの利用者を理解する
- 12:00 昼休憩
- 13:00 第4章 利用者の心理と接遇
- 14:00 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
- 16:00 第10章 セダン車等運転研修(座学)
- 17:00 終了 (17:00～ 適性診断)

講習内容(第2日目)

- 10:00 第6章 移動・送迎サービスに必要な心構えとマナー
- 11:00 第7章 福祉車両について
- 12:00 昼休憩
- 13:00 第8章 移動・送迎サービス関連の交通法を理解する
- 14:00 第9章 福祉車両・セダン車両への乗降及び運転実技
 - 1班: 福祉車両への車イス乗降・運転実技
 - 2班: セダン車両へ乗降・介助実習・車イス実技
- 17:00 修了式

☐ 運転適性診断を希望される方は講習終了後に行います(費用は 1,500 円) ☐



地下鉄「大田町」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

障害者補償制度20余年の実績の

A I U 保険会社
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)	①3月12日(月)～13日(火) ③5月21日(月)～22日(火)	②4月16日(月)～17日(火) ④6月18日(月)～19日(火)
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 〒 _____	(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	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