

令和5年度 盲ろう通訳介助者現任研修会実施要領

1. 目的

盲ろう者への通訳や手引き等を行う通訳介助者に対し、研修の場を提供することにより通訳介助者のスキルアップと盲ろう者の社会参加を促進することを目的とする。

2. 対象者 盲ろう通訳介助者又は、これに準ずるもの

3. 実施主体 愛媛県社会福祉事業団 愛媛県視聴覚福祉センター
電話：089-923-9093 F A X：089-923-9224

4. 実施場所 愛媛県視聴覚福祉センター（愛媛県松山市本町6丁目11-5）

5. 定員 12名程度

6. 参加費 無料

7. 申込締切 5月15日（月） 別紙参加申込書にてお申し込みください。

8. 日程

| 回数 | 日 時 | 内 容 |
|----|-----------------------|--------------------------|
| 1 | 6月17日(土) 13:30~16:00 | 【開講式】・実習① 状況説明・移動介助 |
| 2 | 7月8日(土) 13:30~16:00 | 実習② 移動介助 |
| 3 | 9月2日(土) 13:30~16:00 | 講義① 盲ろう者とIT 実習③ 情報の伝達 |
| 4 | 12月16日(土) 13:30~16:00 | 実習④ 弱視手話・触手話 手書き文字通訳 |
| 5 | 2月3日(土) 13:30~16:00 | 実習⑤ 直接話法・【閉講式】 |

※研修会の様子を撮影させていただくことがあります。撮影した画像・映像はセンターホームページ等で使用させていただきますので、差支えのある方はお申し出ください。なお個人での無断撮影はお断りいたします。

※新型コロナウイルスの感染状況等により、日程等の変更を行う場合があります。

(別紙)

盲ろう通訳介助者現任研修会参加申込書

令和 年 月 日

愛媛県視聴覚福祉センター所長 様

盲ろう通訳介助者現任研修会に参加したいので申し込みます。

ふりがな
氏 名

住 所

電話・FAX

携帯電話

メールアドレス

生年月日 昭和・平成 年 月 日生

盲ろう通訳介助者養成研修会の受講年度・実施主体名

① 受講年度 平成・令和 年度

②実施主体名

1. えひめ盲ろう者友の会
2. その他 ()

③現在活動をされていますか？ ○をつけてください

はい いいえ

※今回知り得た個人情報、申し込みのあった研修会以外に使用することがないよう管理を行います。