

地域移行支援人材養成研修

主催：鎌倉保健福祉事務所

協力：鎌倉市障害者支援協議会 精神保健福祉部会

地域で暮らす 精神障がい者を 支えるための研修

令和6年9月25日(水) 13:00~15:00

【場所】鎌倉市福祉センター第1、2会議室



内 容

- 1 精神障がいのある方を地域で支える
アカラ・ケア訪問看護ステーション管理者（神奈川県訪問看護ステーション協議会理事）本田裕 氏
- 2 ヘルパーさんをお願いしたいこと、お伝えしたいこと
当事者2名
- 3 障がいに関する理解を深める（意見交換）

対 象

定員 50名

管内の市町障害福祉担当課、相談支援事業所、居宅介護事業所（障害福祉ヘルパー）、高齢福祉担当課、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、訪問看護ステーション、精神科病院、社会福祉協議会、地域福祉関係職員、民生委員 等

申込方法

QRコードからお申込みいただくか、裏面「参加申込書」にご記入のうえファクシにてお申し込みください。

申込締切

令和6年9月18日(水)

問合せ先：鎌倉保健福祉事務所保健予防課

電 話：0467-24-3900 (代)

ファクシ：0467-24-4379



地域で暮らす精神障がい者を支えるための研修 参加申込書

必要事項をご記入のうえ 令和6年9月18日(水)まで

申込日： 月 日 ()

ふりがな 氏名			
連絡先 (緊急時用)	勤務先		
	電話		携帯 (PHS)
	E-mail	※事前に資料を送ることはありません。	
所属 (1つに○)	1. 市町障害福祉担当課 2. 市町高齢福祉担当課 3. 相談支援事業所 4. 地域包括支援センター 5. 居宅介護事業所(障害福祉ヘルパー) 6. 訪問、通所介護事業所 7. 社会福祉協議会 8. 居宅介護支援事業所(ケアマネ) 9. 訪問看護ステーション 10. その他 ()		

聞きたい こと	<p>※ 記載いただいた内容は、研修講義や意見交換で参考にさせていただきます。お時間の都合上すべてのご質問にお答えできない場合があります。予めご了承ください。</p>
------------	---

申込書送付先

鎌倉保健福祉事務所 保健予防課 精神保健福祉担当 宛
ファクシミリ：0467-24-4379