

平成27年度肢体不自由者等 IT 活用支援事業  
障がいのある方のための IT サポーター養成講習会募集要項

**1. 目的**

障がいのある方の情報のバリアフリー化を進め、誰もが平等に情報の活用ができ活動やコミュニケーションを広げ豊かに暮らすことを目指し、障がいに応じたコンピュータやその支援ソフト・機器等の操作サポートをする IT サポーターを養成します。

**2. 主催**

香川県

社会福祉法人かがわ総合リハビリテーション事業団

**3. 日時**

平成27年8月29日（土） 9：30～16：30

30日（日） 9：30～16：30 （計2日間）

**4. 場所**

〒761-8057 高松市田村町 1114 番地

かがわ総合リハビリテーション福祉センター 研修室他

**5. 対象**

- ・県内にお住まいの18歳以上の方で、講習の全課程を受講できる方
- ・講習修了後に登録し、訪問や講習会場でのボランティア活動に従事できる方
- ・パソコンやインターネットについて、基本的な知識のある方

**6. 募集人数**

10名

**7. 申込締切**

8月10日（月）

※ただし、定員になり次第締切とさせていただきます。

**8. 参加費**

無料

**9. お申込方法**

- ・受講申込書に必要事項をご記入後、下記までお申し込みください。
  - ・受講を希望される方は事前説明会への参加が必要となります。
- お申し込み後、事前説明会の日程調整をさせていただきます。

**10. お問い合わせ・お申込み先**

〒761-8057

高松市田村町 1114 番地

かがわ総合リハビリテーション福祉センター（篠原、春日）

TEL087-867-7686 FAX087-867-0420

平成27年度肢体不自由者等IT活用支援事業  
障がいのある方のためのITサポーター養成講習会カリキュラム

日にち	時間	講習内容
8月29日 (土)	(9:00～ 受付開始) 9:30～	<b>開講のあいさつ</b> かがわ総合リハビリテーション福祉センター長 河井 信行
	9:40～ 10:30	<b>ITサポーターの活動紹介</b> 登録ITサポーターのみなさん かがわ総合リハビリテーション福祉センター 地域支援員 篠原 智代 春日 愛
	10:40～ 12:00	<b>障がいの理解</b> かがわ総合リハビリテーション成人支援施設 理学療法士 舘野 剛志
		(昼食・休憩)
	13:00～ 14:20	<b>ことばとコミュニケーション (実習を含む)</b> かがわ総合リハビリテーション病院 言語聴覚士 高木 弘子
	14:30～ 15:50	<b>くらしの中のIT (実習を含む)</b> 岩本 豊 氏 独立行政法人国立病院機構高松医療センター 作業療法士 池田 朋世氏
	16:00～ 16:30	<b>肢体不自由者等IT活用支援事業について</b> 香川県健康福祉部障害者福祉課 地域生活支援グループ 石原 邦啓
8月30日 (日)	9:30～ 12:00	<b>コミュニケーションやさまざまな活動を支援する技術</b> ①パソコンのアクセシビリティ機能の紹介 (実習を含む) NPO法人e-A T利用促進協会 田代 洋章氏
		(昼食・休憩)
	12:00～ 16:15	<b>コミュニケーションやさまざまな活動を支援する技術</b> ②タブレット端末のアクセシビリティ機能 ③支援機器・用具の紹介 (実習を含む) NPO法人e-A T利用促進協会 田代 洋章氏
	～16:30	<b>事務連絡</b>

※カリキュラムは変更となる場合がございます。あらかじめご了承ください。

平成27年肢体不自由者等 IT 活用支援事業  
障がいのある方のための IT サポーター養成講習会受講申込書

ご記入日 平成 年 月 日

住 所	〒		
ふりがな		生年月日	T・S 年 月 日
氏 名	(男・女)	年 齢	
電話番号		F A X	
携帯番号			
メールアドレス	(※パソコンのアドレスをご記入ください)		
<b>■パソコンの経験年数とスキル</b>			
A パソコン : 1. Windows 約 _____ 年 2. Mac _____ 年			
ワープロ _____ 年 (ソフト名: _____)			
表計算 _____ 年 (ソフト名: _____)			
インターネット _____ 年 (ソフト名: _____)			
Eメール _____ 年 (ソフト名: _____)			
その他 _____ 年 (ソフト名: _____)			
B タブレット ( _____ )			
<b>■この講習会をどのようにお知りになりましたか？</b>			
1. 新聞で ( _____ ) 2. 募集チラシで			
3. 知り合いから 4. その他 ( _____ )			
<b>■活動ができる曜日・時間帯</b>			
.....			
.....			
<b>■この講習会の受講動機や今後の抱負、自己PR、得意分野などをご記入ください。</b>			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

※本書にご記入いただいた個人情報は、本事業以外の目的には使用しません。  
かがわ総合リハビリテーション福祉センター