

# 平成28年度 手話奉仕員養成(基礎編)講座

公益社団法人兵庫県聴覚障害者協会

## 講師講習会

### 1. 開催目的

この講習会は、手話奉仕員養成講座 基礎編の手話指導者を養成する。

### 2. 日時、開催会場

日時：2017（平成29）年3月7日～3月28日 毎週火曜日 <全8回>

10時～16時（午前10時～12時半・午後12時半～16時）

① 3月7日午前、② 3月7日午後 ③ 3月14日午前 ④ 3月14日午後

⑤ 3月21日午前 ⑥ 3月21日午後、⑦ 3月28日午前 ⑧ 3月28日午後

会場：兵庫県立聴覚障害者情報センター会議室

### 3. 参加対象者

次の条件を満たす者

(1) なるべく全日程の受講が可能な者（6回程度 受講できる方）

(2) 市町（地元）の手話奉仕員養成の指導に携わっている方、または、これから指導に携わる方

過去講師講習会を受講した方も受講可

※ただし、定員は20名とし、受講者多数の場合は選考の上、決定させていただきます。

※なるべく、講師のろう者と聞こえる人がペアとなるよう、調整願います。

調整できない場合は、ご連絡ください。

※手話奉仕員入門編講師講習会を修了した者であること。

※聞こえる人の受講は、ひょうご手話通訳派遣センター登録でCランク以上が原則です。

所持無しの方で、お住まいの市町の手話通訳者の方はご相談ください。

### 4. 講座の進め方

・手話奉仕員養成テキスト『手話を学ぼう 手話で話そう』（社会福祉法人全国手話研修センター発行）をテキストとして使用する。

・上記テキストを使い、実際に指導した後、受講生同士で相互評価をし、指導方法の研究、取得の場とする。講座の進め方や教材の工夫・模擬受講生への評価・支援の方法など、指導者としての視点や具体的な指導力を養う。

### 5. 受講料 10,000円（一旦納付された受講料は如何なる理由があっても返金いたしません）

※但し、テキスト代は自己負担となります。

手話奉仕員養成テキスト『手話で学ぼう 手話で話そう』 3,240円、指導書 2,700円

### 6. 受講申込〆切日 2017（平成29）年 2月27日（月）

### 7. 受講申込方法

① 受講申込者は、「申込書」に所定事項を記入の上、各地域ろう協会にお申し込みください。

② 各地域ろう協会は、申込書を添付の上、公益社団法人兵庫県聴覚障害者協会事務所までご郵送いただくか、FAX またはE-mail をください。

### <申込先・お問い合わせ先>

公益社団法人兵庫県聴覚障害者協会 手話対策部 嘉田

〒650-8691 神戸市中央区相生町2-2-8 新神戸ビル東館2F

Fax 078-371-0277/ Tel 078-371-5613 /E-mail : [info@hyogodeaf.com](mailto:info@hyogodeaf.com)

2016（平成28）年度 手話奉仕員養成（基礎編）講師講習会 受講申込書

1	(ふりがな) 氏名		ろう 健聴	男 女	手話奉仕員養成講座 基礎編 指導歴 <input type="checkbox"/> 未経験 <input type="checkbox"/> 経験有り 【           年】
	緊急 連絡先	FAX			
		E-mail			

2	(ふりがな) 氏名		ろう 聴者	男 女	手話奉仕員養成講座 入門編 指導歴 <input type="checkbox"/> 未経験 <input type="checkbox"/> 経験有り 【           年】
	緊急 連絡先	FAX			
		E-mail			

3	(ふりがな) 氏名		ろう 聴者	男 女	手話奉仕員養成講座 入門編 指導歴 <input type="checkbox"/> 未経験 <input type="checkbox"/> 経験有り 【           年】
	緊急 連絡先	FAX			
		E-mail			

4	(ふりがな) 氏名		ろう 聴者	男 女	手話奉仕員養成講座 入門編 指導歴 <input type="checkbox"/> 未経験 <input type="checkbox"/> 経験有り 【           年】
	緊急 連絡先	FAX			
		E-mail			

5	(ふりがな) 氏名		ろう 聴者	男 女	手話奉仕員養成講座 入門編 指導歴 <input type="checkbox"/> 未経験 <input type="checkbox"/> 経験有り 【           年】
	緊急 連絡先	FAX			

6	(ふりがな) 氏名		ろう 聴者	男 女	手話奉仕員養成講座 入門編 指導歴 <input type="checkbox"/> 未経験 <input type="checkbox"/> 経験有り 【           年】
	緊急 連絡先	FAX			

※連絡先は必ず記入願います。（緊急の連絡等が発生するかもしれません）

2017年           月           日

協会名： \_\_\_\_\_ (印)

代表者名： \_\_\_\_\_ (印)

担当者名： \_\_\_\_\_

連絡先（担当者）： \_\_\_\_\_