

令和5年度埼玉県手話通訳者養成講習会講師養成研修会実施要領

1. 目的

埼玉県および市町村における手話通訳者養成講習会等の円滑な実施と厚生労働省策定カリキュラムに基づいた指導の内容や方法を学び、手話通訳者養成講習会の講師・アシスタントを養成し、もって聴覚障害者福祉の充実を図ることを目的とする。

2. 主催

社会福祉法人埼玉聴覚障害者福祉会(埼玉県委託事業)

3. 対象者

埼玉県および市町村で実施する手話通訳者養成の指導に携わっている者。またはこれから指導に携わる者。市町村または一般社団法人埼玉県聴覚障害者協会の推薦を受けた者。 ※地域において聴覚障害者講師と手話通訳者講師(アシスタント)が共に受講することが望ましい。

4. 定員

20人(選考)

5. 会場

埼玉聴覚障害者情報センター

(さいたま市浦和区北浦和 5-6-5 浦和合同庁舎別館)

埼玉県障害者交流センター(さいたま市浦和区大原 3-10-1)

※会場は変わることがあります。

6. 回数・講習時間 毎週土曜日(午前10時00分～午後3時00分)

20回(40時間)

7. 日程 別紙日程表の通り

8. 受講申込方法

(1)受付期間 令和5年5月9日(火)～6月6日(火)

(2)申込先 別紙の「令和5年度埼玉県手話通訳者養成講習会講師養成研修会申込書」(様式1)と推薦書(様式2)を、埼玉聴覚障害者情報センター福祉支援部に郵送(消印有効)または持参。

(3)申込書の配布 埼玉聴覚障害者情報センターの他、市町村障害福祉担当課・市町村社会福祉協議会等において配布

9. 受講決定通知

受講希望者が多数の場合は選考により対象者を決定し、6月16日(金)までに各人に通知する。このため、84円切手を貼付した封筒に宛先を明記し、申込書に添えて提出する。

10. 受講証書の交付

全研修出席者に対し、当センター所長が発行する。

11. 受講料

受講料は、無料とする。

ただし、テキストは受講者負担とする。

12. テキスト

社会福祉法人全国手話研修センター発行

「手話通訳Ⅰ ホップステップジャンプ」「手話通訳Ⅰ 指導書」

「手話通訳Ⅱ ホップステップジャンプ」「手話通訳Ⅱ 指導書」

「手話通訳Ⅲ ホップステップジャンプ」「手話通訳Ⅲ 指導書」

を使用する

13. その他

(1) 研修は、手話言語で行う。ただし情報保障者はない。

(2) テキスト、筆記用具等は各自持参すること。

(3) テキストは、希望者からの申込みを受け、第1回目に販売をする。詳細は受講決定通知に同封する。

(4) その他、不明な点は埼玉聴覚障害者情報センターへ照会すること。

埼玉聴覚障害者情報センター 福祉支援部 山田
〒330-0074
さいたま市浦和区北浦和 5-6-5 浦和合同庁舎別館
TEL 048-814-3351 FAX048-814-3352

令和5年度埼玉県手話通訳者養成講習会講師養成研修会日程表

回数	日にち	曜日	時間帯	会場
1	7月1日	土	午前	障害者交流センター
2			午後	
3	7月8日	土	午前	障害者交流センター
4			午後	
5	7月15日	土	午前	障害者交流センター
6			午後	
7	7月22日	土	午前	障害者交流センター
8			午後	
9	7月29日	土	午前	聴覚障害者情報センター
10			午後	
11	8月5日	土	午前	聴覚障害者情報センター
12			午後	
13	8月12日	土	午前	聴覚障害者情報センター
14			午後	
15	8月26日	土	午前	未定
16			午後	
17	9月2日	土	午前	未定
18			午後	
19	9月9日	土	午前	未定
20			午後	
予備日	9月16日	土	午前	未定
			午後	

- ※時間は午前10時から午後3時までです。
- ※正午から午後1時までは昼休憩になります。
- ※日程や会場は変更になる事があります。

様式 1

令和5年度埼玉県手話通訳者養成講習会講師養成研修会
受講申込書

フリガナ 氏名			生 年 月 日	昭和 ・ 平成	
				年 月 日	
住所	〒			いずれかに○を	
				ろう ・ 聴者	
職業					
連絡先	電話	FAX			
	携帯電話				
	アドレス				
受講を希望する理由					
過去における手話講習会での講師経験					
時期	主催者			クラス	
年				<ul style="list-style-type: none"> ・ 奉仕員養成（入門・基礎） ・ 手話通訳養成（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ） ・ 手話通訳養成（旧テキスト） 	
年				<ul style="list-style-type: none"> ・ 奉仕員養成（入門・基礎） ・ 手話通訳養成（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ） ・ 手話通訳養成（旧テキスト） 	
年				<ul style="list-style-type: none"> ・ 奉仕員養成（入門・基礎） ・ 手話通訳養成（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ） ・ 手話通訳養成（旧テキスト） 	
年				<ul style="list-style-type: none"> ・ 奉仕員養成（入門・基礎） ・ 手話通訳養成（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ） ・ 手話通訳養成（旧テキスト） 	

様式 2

推薦書

令和 年 月 日

埼玉聴覚障害者情報センター 宛

推薦団体名

代表者

令和5年度埼玉県手話通訳者養成講習会講師養成研修会の受講者として次のとおり推薦します。

氏 名	
推薦理由	

- ① 参加申込者⇒地域の支会⇒ 聴覚障害者情報センター
- ② 参加申込者⇒支会がない地域⇒(一社)埼玉県聴覚障害者協会⇒聴覚障害者情報センター