

講師履歴書

フリガナ 氏名			上半身、正面、 無帽状態で 6ヶ月以内に 撮影された写真を 貼付すること。		
生年月日	年 月 日				
自宅住所					
現在の勤務先 と業務内容	勤務先名				
	住所				
	業務内容	(年 月～現在)			
専任・兼任 の別	専任 ・ 兼任				
担当科目に 関連する 資格と免許	資格・免許の名称			取得年月日	
				年	月 日
	1				
	2				
	3				
担当科目に 関連する職歴 ※教員の場合 は、学校名と 担当教科名	勤務先名称	職種	就 業 期 間		
			年 月 ～ 年 月 (年 ヶ月)		
			年 月 ～ 年 月 (年 ヶ月)		
			年 月 ～ 年 月 (年 ヶ月)		
			年 月 ～ 年 月 (年 ヶ月)		
			年 月 ～ 年 月 (年 ヶ月)		
<p>1 大阪府重度訪問介護従業者養成研修事業実施要領を熟読のうえ、担当科目の講師要件を理解している。</p> <p>2 この履歴書に記載の氏名、資格（取得年月日）、略歴について、研修事業者のホームページで情報開示することに同意している。</p> <p>以上承諾のうえ、記載内容に相違ないことを証明します。</p> <p>年 月 日 (講師氏名) _____ ※3</p>					

※1 欄が不足する場合は適宜用紙を追加すること。

※2 資格証明証等の写しを添付すること。

※3 機器による印字または自署とすること。

講師履歴書 この研修で担当する科目・項目名（行動障がい支援課程用）

講師氏名

○：実務経験5年以上（助手は3年以上）、うち2年以上行動障がいを示す者の支援に携わった経験がある者であること

◇：実務経験1年以上

※ 福祉・介護・看護系大学、介護福祉士養成施設等の教員等及び市町村職員等を講師とする場合は、当該研修で担当する科目に該当する内容を教授又は担当していること。

科目記号・科目名	項目名	<input checked="" type="checkbox"/>	講師要件（実務経験等）
I 講義			
1 強度行動障がいがある者の基本的理解 (1.5時間)	①強度行動障がいとは	<input type="checkbox"/>	○ 障がい者(児)施設長 <input type="checkbox"/> ○ 障がい者(児)の相談業務に従事する者 <input type="checkbox"/> ◇ 市町村障がい者福祉主管課職員 <input type="checkbox"/> ◇ 福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
	②強度行動障がいと医療	<input type="checkbox"/>	◇ 医師 <input type="checkbox"/> ○ 保健師 <input type="checkbox"/> ○ 障がい福祉サービスに従事する看護師 <input type="checkbox"/> ○ 医療ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> ◇ 福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
2 強度行動障がいに関する制度及び支援技術の基本的な知識 (5時間)	③強度行動障がいと制度	<input type="checkbox"/>	○ 保健師 <input type="checkbox"/> ○ 障がい者(児)の相談業務に従事する者 <input type="checkbox"/> ○ 医療ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> ◇ 市町村障がい者福祉主管課職員 <input type="checkbox"/> ◇ 福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
	④構造化 ⑤支援の基本的な枠組みと記録 ⑥虐待防止と身体拘束 ⑦実践報告	<input type="checkbox"/>	○ 障がい者福祉サービス従業者 <input type="checkbox"/> ○ 障がい者(児)施設介護職員・生活支援(指導)員 <input type="checkbox"/> ○ 保健師 <input type="checkbox"/> ○ 障がい福祉サービスに従事する看護師 <input type="checkbox"/> ◇ 福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
3 人権啓発に関する知識 (2時間)	⑧障がい者の人権についての理解	<input type="checkbox"/>	○ 学識経験者 <input type="checkbox"/> ○ 弁護士 <input type="checkbox"/> ○ 人権啓発を行う団体職員 <input type="checkbox"/> ◇ 市町村人権啓発主管課職員 <input type="checkbox"/> ◇ 福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等 <input type="checkbox"/> ◇ 大阪府人権擁護士 <input type="checkbox"/> ◇ 法務大臣が委嘱した人権擁護委員
III 演習			
1 基本的な情報収集と記録等の共有 (1時間)	①情報収集とチームプレイの基本	<input type="checkbox"/>	○ 障がい者福祉サービス従業者 <input type="checkbox"/> ○ 障がい者(児)施設介護職員・生活支援(指導)員
2 行動障がいがある者の固有のコミュニケーションの理解 (3時間)	②固有のコミュニケーション	<input type="checkbox"/>	○ 保健師 <input type="checkbox"/> ○ 障がい福祉サービスに従事する看護師
3 行動障がいの背景にある特性の理解 (1.5時間)	③行動障がいの背景にあるもの	<input type="checkbox"/>	◇ 福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等

講師履歴書

フリガナ 氏名	オオサカ タロウ		上半身、正面、 無帽状態で 6ヶ月以内に 撮影された写真を 貼付すること。	
	大阪 太郎			
生年月日	年 月 日			
自宅住所				
現在の勤務先 と業務内容	勤務先名			
	住所			
	業務内容	(年 月～現在)		
専任・兼任 の別	専任 ・ 兼任			
担当科目に 関連する 資格と免許	<p>当該事業所で、もっぱら研修講師として従事している場合は、「専任」として ください。「専任」の基準は、当該講師の全就業時間の5割以上であるか否かで 判断してください。 したがって、「専任」であっても、他の業務(例：事務職員)や他社で仕事に 従事しうる場合もあり、「兼務」は可能です。</p>			日
				1
				2
				3
担当科目に 関連する職歴 ※教員の場合 は、学校名と 担当教科名	勤務先名称	職種	就 業 期 間	
	〇〇サポートセンター	〇〇〇	平成30年4月～平成30年12月 (0年9ヶ月)	
			年 月 ～ 年 月 (年 ヶ月)	
			年 月 ～ 年 月 (年 ヶ月)	
			年 月 ～ 年 月 (年 ヶ月)	
			年 月 ～ 年 月 (年 ヶ月)	
<p>1 大阪府重度訪問介護従業者養成研修事業実施要領を熟読のうえ、担当科目の講師要件を理解している。</p> <p>2 この履歴書に記載の氏名、資格(取得年月日)、略歴について、研修事業者のホームページで情報 開示することに同意している。</p> <p>以上承諾のうえ、記載内容に相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日 (講師氏名) _____ ※3</p>				

※1 欄が不足する場合は適宜用紙を追加すること。

※2 資格証明証等の写しを添付すること。

※3 機器による印字または自署とすること。