

福岡県医発第 558 号 (地)

平成18年6月9日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 横 倉 義



平成18年度福岡県障害程度区分認定調査員等研修について

初夏の候 貴職益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、標記の件につきまして、福岡県保健福祉部障害者福祉課より別添のとおり送付されてまいりましたので、お知らせいたします。

なお、本通知は、市町村審査会委員の先生方には各市町村より直接通知されていることを申し添えます。

小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽

「公印省略」



18障第808号

平成18年5月29日

福岡県医師会 会長 殿

福岡県保健福祉部障害者福祉課長
(自立支援係)

平成18年度福岡県障害程度区分認定調査員等研修について

本県の障害者福祉の推進につきましては、平素から格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、標記研修について、別添のとおり市町村に通知しましたのでお知らせします。

問い合わせ先

自立支援係
(担当) 大津

TEL 092(643)3263(直通)

FAX 092(643)3304



「公印省略」



18障第808号
平成18年5月29日

各 市 町 村 長 殿
(障害者福祉担当主管課)

福岡県保健福祉部障害者福祉課長
(自 立 支 援 係)

平成18年度福岡県障害程度区分認定調査員等研修について(ご案内)

本県の障害者福祉の推進につきましては、平素から格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、標記研修につきましては、障害程度区分認定調査員等研修等事業実施要綱に基づき別紙のとおり開催しますので、研修の趣旨を御理解の上、研修対象者の受講について御配慮いただきますようお願いいたします。

— 問い合わせ先 —

自 立 支 援 係
(担当) 大 津

TEL 092(643)3263(直通)

FAX 092(643)3304

(別 紙)

- 1 研修名 平成18年度福岡県障害程度区分認定調査員等研修
(障害程度区分認定調査員研修・市町村審査会委員研修)

2 研修の概要等

①障害程度区分認定調査員研修

- (1)日 時 平成18年6月26日(月) 9:30~16:30
- (2)会 場 吉塚合同庁舎8F 803会議室
- (3)対象者 市町村、事業所の職員等であって、障害程度区分の認定調査を行うことが見込まれる者。
- (4)内 容
- | | |
|-------|---|
| 9:30 | 開会 |
| 9:35 | 障害者自立支援法(概要)について
障害程度区分認定の流れ(概要) |
| 10:00 | 認定調査の実施方法について
・調査方法について
・概況調査について
・認定調査票の記入方法
・個別項目に関する着眼点、留意点等 |
| 12:30 | 休憩 |
| 13:30 | 3障害(身体・知的・精神)の特性について |
| 14:00 | 演習 |
| 16:30 | 終了予定 |

②市町村審査会委員研修

(1)日程・会場(3会場)

- (宗像会場)日 程 平成18年7月4日(火)
会 場 宗像市総合保健福祉センター
「メイトム宗像」2F 202会議室
宗像市久原180 TEL 0940-36-0202
- (春日会場)日 程 平成18年7月11日(火)
会 場 クローバープラザ(福岡県総合福祉センター)
5F 508研修室
春日市原町3丁目1-7
TEL 092-584-1212
- (田川会場)日 程 平成18年7月13日(木)
会 場 田川文化センター・田川青少年文化ホール
大会議室
田川市平松町3-36 TEL 0947-44-6470
- ※3会場のいずれにも参加できます。

(2)時 間 19:00～21:00 (3会場とも)

(3)対象者 障害者自立支援法に規定する市町村長が選定する市町村審査会委員

(4)内 容	19:00	開会
	19:05	障害者自立支援法(概要)について
	19:20	障害程度区分認定の流れ(概要)
	19:35	市町村審査会の概要、構成 障害程度区分の内容
	21:00	終了予定

3 受講申込み

①障害程度区分認定調査員研修を受講する場合

別紙様式1「平成18年度福岡県障害程度区分認定調査員研修受講申込書」

②市町村審査会委員研修を受講する場合

別紙様式2「平成18年度福岡県市町村審査会委員研修受講申込書」

※それぞれの様式に必要事項を記入し、平成18年6月19日(月)(必着)までに障害者福祉課自立支援係あて送付するものとする。

※市町村審査会委員研修について、市町村職員の参加希望がある場合は、別紙様式3「平成18年度市町村審査会委員研修参加申し込み書(市町村職員用)」に必要事項を記入し、上記期日までに障害者福祉課自立支援係あて送付するものとする。

4 受講申込書の送付先

住所 〒812-8577 福岡市博多区東公園7番7号

福岡県庁 保健福祉部

障害者福祉課 自立支援係(担当) 大津

TEL 092-643-3263

FAX 092-643-3304

別紙様式 1

平成 18 年度 福岡県障害程度区分認定調査員研修受講申込書

平成 18 年 月 日

福岡県保健福祉部障害者福祉課長 殿
(自 立 支 援 係)

市町村長
(課 係)

標記研修について下記の者の受講を申し込みます。

記

ふりがな	性 別	
氏名	男・女	
生年月日	昭和 年 月 日生	
所 属 先		
所 属 先 住 所	〒 ー 福岡県 Tel () ー FAX () ー	
現有資格	1. あり ☐ 介護支援専門員 ☐ 社会福祉士 ☐ 精神保健福祉士 ☐ 保健師 ☐ 介護福祉士 ☐ その他 () 2. なし	
実務経験	1. 経験なし 2. 経験あり ・勤務先等の名称 () ・経験年数 (年 月)	
備 考	※市町村審査会委員との兼務(予定) 1. ある 2. ない	

別紙様式 2

平成 18 年度 福岡県市町村審査会委員研修受講申込書

平成 18 年 月 日

福岡県保健福祉部障害者福祉課長 殿
(自 立 支 援 係)

市町村長
(課 係)

標記研修について下記の者の受講を申し込みます。

記

希望会場	1 宗像	2 春日	3 田川
------	------	------	------

※受講を希望される会場の番号のいずれかひとつに○をつけてください。

ふりがな	性 別	:
氏名	男・女	
生年月日	昭和 年 月 日生	
所 属 先		
所 属 先 住 所	〒 福岡県 Tel () - FAX () -	
現有資格	1. あり ☐ 医師 ☐ 介護支援専門員 ☐ 社会福祉士 ☐ 精神保健福祉士 ☐ 保健師 ☐ 介護福祉士 ☐ その他 () 2. なし	
実務経験	1. 経験なし 2. 経験あり ・勤務先等の名称 () ・経験年数 (年 月)	
備 考	※障害程度区分認定調査員との兼務 (予定) 1. ある 2. ない	

別紙様式 3

平成18年度市町村審査会委員研修参加申し込み書（市町村職員用）

市町村名
課・係名
担当者名
電話（内線）

【希望会場】 1 （宗像）メイトム宗像 2 （春日）クローバープラザ
3 （田川）田川文化センター・田川青少年文化ホール

※希望する会場の番号に○印を付けてください。

職 名	氏 名