

令和3年12月28日

市内障害者就労支援事業所 各位

京都市保健福祉局  
障害保健福祉推進室  
企画課長  
〔就労支援担当 松本〕  
TEL 222-4161

**令和3年度 京都市障害者就労支援スキルアップ研修会（利用者向け）  
「企業で模擬面接を体験しよう！」の開催について**

師走の候、皆様におかれましては、ますます御清栄のこととお喜び申し上げます。

また、日頃は、本市障害保健福祉行政の推進に御理解と御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本市では、企業等への就労を希望する障害のある方を対象とする「障害者就労支援スキルアップ研修会」を実施しています。

この度、京セラ株式会社の御協力のもと、標記研修会を下記のとおり開催いたします。

つきましては、貴事業所の利用者様に本研修会の開催について、御周知いただきますようお願いいたします。

記

- 1 日 時 令和4年1月19日（水） 午前10時～午後4時30分（予定）  
※ 時間帯は参加者決定後に御連絡いたします。
- 2 場 所 京セラ株式会社 本社  
京都市伏見区竹田鳥羽殿町6番地 ※ 別紙チラシ参照
- 3 概 要 模擬面接  
※ 所要時間：20分程度（模擬面接 約10分、振り返り 約10分）  
詳細は別紙チラシ参照
- 4 面 接 官 京セラ株式会社 本社  
人事部 担当者
- 5 対 象 市内障害者就労支援事業所の利用者  
※ 各申込者に対し、1名の支援員の付き添いをお願いします。

- 6 定 員 10組程度（先着順。1事業所から2名まで申込み可。）
- 7 参 加 費 無料
- 8 参 加 方 法 別紙「参加申込書」に必要事項を御記入のうえ、メール又はFAXにてお申込みください。  
なお、参加申込みにつきましては、施設毎に取りまとめていただきますようお願いいたします。
- 9 申 込 期 限 令和4年1月13日（木）（必着）  
※ 定員になり次第締め切らせていただきます。  
参加の可否は、1月14日（金）までに御連絡させていただきます。  
連絡がない場合は、お手数ですが下記の間合せ先まで御連絡いただきますようお願いいたします。
- 10 留 意 点 研修は、雰囲気や形からも研修効果を高める事を意識して企画しています。  
研修に参加される方は、研修内容に合った服装（可能な限りスーツ又はフォーマルな服装）で御参加ください。

◎新型コロナウイルス感染防止対策のお願い

模擬面接当日は、

- ① 外出前の体調確認と検温
- ② マスクの着用
- ③ 他の人との距離の確保
- ④ 手指の消毒

以上4点について御協力ください。

問 合 せ 先 〒604-8006 京都市中京区河原町通御池下る下丸屋町394番地  
Y・J・Kビル3階  
京都市保健福祉局障害保健福祉推進室（担当 松本）  
TEL : 075-222-4161  
FAX : 075-251-2940  
eメール: maqdb864@city.kyoto.lg.jp

(あて先) 京都市 障害保健福祉推進室 松本宛て (FAX : 251-2940)

## ◆◆◆ 参加申込書 ◆◆◆

( 令和3年度 京都市障害者就労支援スキルアップ研修会 (利用者向け) )

「企業で模擬面接を体験しよう！」

以下に必要事項を記入し、eメール又はFAXで御提出ください。

	氏名	年齢	障害種別
1	(利用者) ふりがな	歳	<input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> その他( )
	(支援員)	/	/
2	(利用者) ふりがな	歳	<input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> その他( )
	(支援員)	/	/

※ 本研修は必ず支援員と御一緒にお申込みください。(1事業所から2名まで申込み可。)

応募者多数の場合は、先着順とさせていただきます。

御参加いただける場合は、参加受付票及び面接日時等の詳細を送付いたします。

御参加いただけない場合は別途、御連絡いたします。

御不明な点等がございましたら、就労支援担当 松本 (Tel 075-222-4161) まで御連絡ください。

### ※ 施設名・氏名等の情報提供について

御記入いただいた氏名・年齢・障害種別を出席者名簿として取りまとめ、京セラ株式会社へ情報提供させていただきます。

支援員の方から利用者の方に、情報提供の同意を取っていただいたうえで、御応募ください。

なお、お預かりした個人情報につきましては、本事業の運営目的のみに使用し、それ以外の目的には使用いたしません。

事業所名 \_\_\_\_\_

担当者氏名 \_\_\_\_\_

連絡先 TEL : \_\_\_\_\_

FAX : \_\_\_\_\_

申込期限 : 令和4年1月13日 (木) 必着