

様

自立生活支援ホームきぶかわの実習について

時下、ますますご清祥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下記のとおり実習目的及び協議事項についてご確認をさせていただきます。なお、ご不明な点等がございましたら 当センター(担当:)までご連絡下さい。

- ◆自立生活支援ホームきぶかわ TEL:0748-63-3445/FAX:0748-63-3445
- ◆障がい者雇用・生活支援センター(甲賀)TEL:0748-63-5830/FAX:0748-69-7355

記

1.実習者氏名			
2.実習期間	平成 年 月 日() : ~ 月 日() :		
3.依頼機関 連絡先	(所属名)	(担当者)	
	TEL	FAX	
4.実習目的			
5.報告会日時 (場所)	平成 年 月 日() AM/PM : ~ : (自立生活支援ホームきぶかわ)		
6.必要経費	<input type="checkbox"/> 朝食 1回 200円 <input type="checkbox"/> 夕食 1回 690円 <input type="checkbox"/> 光熱水費 1日 340円 <input type="checkbox"/> 施設利用費 1日 70円 <input type="checkbox"/> サービス利用費 1日 850円 <input type="checkbox"/> 行事等に伴う費用 実費		
7.日中活動のながれ	6:00 起床	19:00	夕食
	6:30 朝食		
	7:00~ 出勤		自由時間
	会社	21:00	門限
		22:00	消灯・就寝
	18:00~ 帰宅 入浴・洗濯		

<p>8. 実習に必要なもの</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 実習依頼文 <input type="checkbox"/> 調査表 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 着替え(実習中に必要な枚数)・日用品・食器(茶碗・はし・湯のみ)・タオル・洗面用具・寝具・キーホルダー(自分の部屋と玄関の鍵を自分で管理します。) ■ 健康保健書・療育手帳 ■ くすり:いつも飲んでいる薬があれば、持ってきて下さい。管理も可。 ■ その他:ご本人にとって必要と思われるものは遠慮せずご持参下さい。
---	---

9. 忘れてはならないもの

「はたらく」という意思

会社では本人の「はたらきたい」という気持ちがあることを前提にします。その意思は自分自身の確認として感じ、自覚されていることが大切です。

「自分で生活をつくる」という意識

入居している人達はされげなく「自分のすること」をリズムをもって組み立てています。そのことに気づかずにいると楽しいだけの生活で終わってしまいます。そこで「何のために」実習するのかの意識づけができていることが大切です。

以上、実習をすすめる側(支援者)と本人とで十分意志確認をお願い致します。