

国土交通省  
認定講習会

移動支援・送迎サービス

# アクティブネットワーク 運転協力者講習会

福祉有償運送運転者及びセダン等運転者「運転協力者講習会」



現在、加齢や障がい等により自力で公共交通機関を利用して移動することが困難な方を対象とした移動支援には市民活動や介護タクシーあるいは介護保険制度や障がい者総合福祉法によるサービス等様々な形態があります。本講習会では中でも2006年改正道路運送法によって新たな自家用自動車による移動支援として位置付けられた福祉有償運送による第79条登録制により活躍される運転者を対象に国土交通省が定める講習カリキュラムを修了し必要な知識や技術を習得していただくことを目的としています。

具体的には、以下の方が受講対象となります。詳しくはお問合せ下さい。

- (1) 市民活動等により第79条登録団体で運転ボランティアとして活動を予定している方
- (2) 介護保険制度の訪問介護員として利用者の通院送迎等で自家用車の運転を予定している方
- (3) 障がい者総合福祉法の訪問介護員として利用者の通院送迎等で自家用車の運転を予定している方

- 日時：①平成28年04月15日(金)～16日(土) ②平成28年06月17日(金)～18日(土)  
③平成28年08月19日(金)～20日(土) ④平成28年10月21日(金)～22日(土)  
⑤平成28年12月16日(金)～17日(土) ⑥平成29年02月17日(金)～18日(土)

- 会場：茨木市市民総合センター クリエイト  
茨木市福祉文化会館  
茨木市立生涯学習センターきらめき

《注》会場は月毎に替わります。  
詳しくは担当者までお問合せ下さい。

- 定員：20名程度 ※先着順定員に達し次第締切り

- 受講料：13,000円 ※テキスト代含む

- 運転適性診断検査費用：1,500円 ※希望者のみ  
※大阪府内において福祉有償運送に従事をご予定の方は必須

- 主催：特定非営利活動法人 アクティブネットワーク 担当：永野(ながの)  
〒567-0819 大阪府茨木市片桐町11番16号  
TEL:072-626-0911 FAX:072-626-0922

# アクティブネットワーク運転協力者講習会(2日間)

(福祉有償運送運転者及びセダン等運転者講習)

講習内容(1日目)	
10:00	第1章 運転者講習の目的と講習の企画 第6章 移動サービスに関する法律・制度を理解する
11:00	第2章 移動サービス概論
12:00	～昼休憩～
13:00	第3章 移動サービスの利用者を理解する
14:00	第4章 接遇・介助
15:00	
16:00	1日目終了
16:30	希望者のみ適性診断

講習内容(2日目)	
10:00	第7章 移動サービスの運転に必要な知識と心構え
11:00	第8章 リスクへの備えと対応
12:00	～昼休憩～
13:00	第5章 移動サービスで使用する車両 福祉車両とセダン 第9章 運転実技
16:30	2日目終了
17:00	修了式



**【個人情報に関する管理体制について】**

1. 受講者個人を識別できる受講者氏名、住所、生年月日の情報を「個人情報」とします。
2. 個人情報は下記の目的に使用します。
  - ①当団体からの郵送物の発送
  - ②重大事故発生時における国土交通省からの受講内容の照会
3. ご提供いただいた個人情報は、個人情報が必要であることを確認した時点で、およびその後当団体が必要と判断する一定月数を含めた期間において、第三者が受講者の個人情報に触れないよう、適切な管理体制のもとに、当団体が保管いたします。受講者ご本人から、個人情報の開示、修正または削除のご依頼があったときは、すみやかに開示、修正、または削除いたします。

同意する       同意しない

※上記 どちらかに

受講希望日に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 平成28年04月15日(金)～16日(土) <input type="checkbox"/> 平成28年06月17日(金)～18日(土) <input type="checkbox"/> 平成28年08月19日(金)～20日(土) <input type="checkbox"/> 平成28年10月21日(金)～22日(土) <input type="checkbox"/> 平成28年12月16日(金)～17日(土) <input type="checkbox"/> 平成29年02月17日(金)～18日(土)	
団体名	<input type="checkbox"/> 79条登録(予定含む)事業者 <input type="checkbox"/> 4条許可事業者 <input type="checkbox"/> 43条許可事業者	
団体住所連絡先	〒 -	
	TEL: _____	FAX: _____
(ふりがな) 参加者氏名等	(ふりがな) 氏名	(ふりがな) 氏名
※修了証に使用しますので氏名・生年月日は正確に楷書でご記入下さい。	住所〒 -	住所〒 -
運転歴 <input checked="" type="checkbox"/>	生年月日:      年      月      日 運転歴: 実車講習の参考にさせていただきます <input type="checkbox"/> 初心者 <input type="checkbox"/> 3～5年 <input type="checkbox"/> 5年以上 <input type="checkbox"/> 10年以上	生年月日:      年      月      日 運転歴: 実車講習の参考にさせていただきます <input type="checkbox"/> 初心者 <input type="checkbox"/> 3～5年 <input type="checkbox"/> 5年以上 <input type="checkbox"/> 10年以上
医療・福祉に関する資格	例)介護福祉士	例)介護福祉士
適性診断	要 ・ 不要	要 ・ 不要

注: 希望日が定員超過の場合は参加をお断りする場合があります。予めご了承下さい。

お申込みは  
FAX

## FAX: 072-626-0922