

＜知的障がい対象前期募集＞

1. 訓練実施の機関名、その所在地および担当者

機 関 名：大阪市職業リハビリテーションセンター

設 置・運 営：社会福祉法人 大阪市障害者福祉・スポーツ協会

所 在 地：〒547-0026 大阪市平野区喜連西6丁目2番55号 Tel 06-6704-7201

見 学・相 談：総合相談室 Tel 06-6769-7740

2. 設置目的

大阪市職業リハビリテーションセンターは、厚生労働省職業安定局雇用開発部障害者雇用対策課を主管とする障害者職業能力開発助成金による助成を受け、大阪障害者職業能力開発校の特別委託訓練施設として、障がいのある方々に必要な職業指導を行い民間企業の協力や公共職業安定所（ハローワーク）との連携により一般企業への就業支援を行います。また障がいのある人の雇用の促進にかかる啓発活動を行うことなどを目的としています。

3. 募集定員及び訓練実施期間

開始時期	訓練科目	定員	訓練実施期間	対象者
平成30年4月	情報処理科 ビジネスパートナーコース	13名	平成30年4月～平成31年3月	知的障がいのある人

4. 訓練内容

ビジネスパートナー：知的障がいのある人を対象に事務職に向けた職業指導を展開します。IT技能や簿記知識の習得をはかり、センター内の実務をこなすことで事務職に向けた技能・知識の習得を図ります。また必要な資格の取得（ITや簿記）を行い、一人ひとりの適性に応じた就職への可能性を追求します。

	訓練内容	訓練時間数	対象者
情報処理科 ビジネスパートナー コース	ITをツールとした事務系訓練を行います。事務職で必要なIT知識やアプリケーションソフトの技能習得を行い、実務作業を取り入れた実践的な職業指導を展開します。作業管理能力、業務管理能力、自己管理能力、コミュニケーション能力を養成します。	1400時間 以上 (1年間)	知的障がいのある人

5. 応募資格

情報処理科ビジネスパートナーコース（次のすべての条件をみたしている方）

- (ア)自力で通所が可能な15歳以上の方
 (イ)療育手帳を所持している（または申請中であり、訓練開始の前日までに手帳の交付が見込まれる）方、または障害者職業センター等の公的判定機関で知的障がい者と判定された方
 (ウ)自分で身のまわりの基本的なことができる方
 (エ)公共職業安定所（ハローワーク）において知的障がい者として求職登録している方
 (オ)職業訓練を受けることにより就労が見込める方

6. 募集期間

情報処理科ビジネスパートナーコース：平成29年10月24日（火）～平成29年11月24日（金）まで

（上記は公共職業安定所（ハローワーク）への願書提出期間です。事前相談はそれ以前でも結構です。）

7. 応募手続き

- ① 受講希望者は原則として居住地を管轄する公共職業安定所（ハローワーク）にて求職登録後、職業相談を行ってください。
- ② 総合相談室（大阪市職業リハビリテーションセンター内）にて訓練内容等の説明を受け相談を行ってください。（電話での日時の予約が必要）すでに当センターにて説明を受けた方は除きます。
- ③ 入校願書に記入のうえ、募集期間中に原則として居住地を管轄する公共職業安定所（ハローワーク）に提出してください。
 （希望欄には大阪市職業リハビリテーションセンターに○をつけ、志望科目欄にはビジネスパートナーコースと記入してください。）※入校願書は各公共職業安定所（ハローワーク）に備えています。

8. 健康診断書

選考試験合格者のみ健康診断書の提出が必要となります。

9. 入校選考試験 下記のとおり選考試験を実施します。

実施日：平成29年12月7日（木）～8日（金）

9時00分集合（9時20分選考開始）

場 所：大阪市職業リハビリテーションセンター（大阪市職業指導センターではありません）

大阪市平野区喜連西6-2-55（地下鉄喜連瓜破駅より西に7分）

Tel. 06-6704-7201 FAX. 06-6704-7274

- ① 学科試験：日常生活に必要な基本知識
- ② 実技試験：作業評価など
- ③ 面接試験：就労に関する意欲など

※試験当日は、筆記用具と昼食（外食も可）の用意をお願いします。特に保護者の付き添いは必要としません。詳しい日程は募集締め切り後、応募者に郵送で通知します。それに従ってください。

10. 合格発表 [平成29年12月15日（金）に投函、郵送にて発表]

受験者および願書を受け付けた公共職業安定所（ハローワーク）に対して、大阪障害者職業能力開発校から合否が文書で通知されます。

11. 入校日 [平成30年4月10日（火）]

12. 費用その他：受講料は無料ですが、教材費や食費等は本人負担となります。

職業訓練保険（保険料は本人負担）に加入していただきます。