

盲ろう者友の会・関係団体
代表者 各位

社会福祉法人全国盲ろう者協会
理事長 阪田 雅裕

当協会の通訳・介助員（訪問相談員）登録要件の 変更について（通知）

時下、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素より、当協会の活動にご理解ご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、当協会では、「盲ろう者向け通訳・介助員養成研修事業」の都道府県における必須事業化、ならびに厚生労働省より養成のための標準カリキュラムが示されたことを踏まえ、本年12月8日より、通訳・介助員（訪問相談員）の登録要件を一部変更することといたしました。

具体的には、以下の2つの要件のうち、1つ以上満たしている方を登録可といたします。いずれの登録要件も満たさない方につきましては、登録を受け付けかねますので、ご承知おきください。

【当協会の通訳・介助員（訪問相談員）登録要件の変更点】

●これまでの登録要件

盲ろう者の福祉に理解と熱意を有し、何らかの通訳技術を有する者。

●平成26年12月8日からの登録要件

以下の要件のうち、1つ以上の要件を満たす者。

1. 自治体、当協会主催の「盲ろう者向け通訳・介助員養成研修会（講習会）」、または、国立障害者リハビリテーションセンター主催の「盲ろう者向け通訳・介助員指導者養成研修会（旧：盲ろう者通訳ガイドヘルパー指導者研修会）」のうち、いずれかを受講修了されていること。
2. 自治体の盲ろう者向け通訳・介助員派遣事務所に、通訳・介助員（者）として登録されていること。

本変更に伴い、今後、登録を希望される方につきましては、同封しました新様式の登録申込書をご利用ください。データ版はメールにてお送りします。

旧様式を利用された場合は、申込者に対し、当協会より後日、確認通知（参考別紙）をお送りします。なお、既に当協会の通訳・介助員（訪問相談員）として、ご登録されている方につきましては、本件についてのご連絡を頂く必要はございません。

皆様方におかれましては、師走のお忙しい中、大変恐縮ではございますが、ご周知のほどお願い申し上げます。

【お問い合わせ先】

社会福祉法人全国盲ろう者協会

〒162-0042 東京都新宿区早稲田町67番地 早稲田クローバービル3階

TEL 03-5287-1140 FAX 03-5287-1141 (FAXは24時間受付)

Eメール info@jdba.or.jp

(本紙の記入日時点での状況をお答えください)

| | |
|---------|------------|
| 記入日 | (西暦) 年 月 日 |
| 氏名 | |
| 在住都道府県名 | |

以下の設問について、該当する項目に「○」を付けてください。なお、設問1、2共に「いいえ」の方につきましては、当協会の通訳・介助員（訪問相談員）登録を受けつけかねますので、ご了承ください。（この場合、本用紙を返送頂く必要はございません）

1. 盲ろう者向け通訳・介助員養成研修会（講習会）、もしくは指導者研修会を受講修了していますか。（※但し現任研修を除く）

- a はい b いいえ

→ 1で「はい」を選んだ方は、以下の中から、受講修了された研修会（講習会）の主催団体を選び「○」を付けてください。なお、複数の自治体で受講された方は、直近のものをご記入ください。

| |
|---------------------------|
| 主催団体名 |
| (当てはまる項目に○を付けてください。複数選択可) |
| a. 自治体（自治体名：_____） |
| b. 全国盲ろう者協会 |
| c. 国立障害者リハビリテーションセンター |

2. 盲ろう者向け通訳・介助員派遣事務所に、盲ろう者向け通訳・介助員（者）として登録している。

- a はい b いいえ

→ 2で「はい」を選んだ方は、以下に登録自治体名をご記入ください。なお、複数の自治体に登録されている方は、主に活動されている自治体名をご記入ください。

| |
|------|
| 自治体名 |
| |

【返送先・お問い合わせ先】
 社会福祉法人全国盲ろう者協会
 〒162-0042 東京都新宿区早稲田町6 7番地 早稲田クローバービル3階
 FAX 03-5287-1141 (FAXは24時間受付) Eメール info@jdba.or.jp

通訳・介助員(訪問相談員)登録申込書

| | | | |
|--------|---|-----|-------------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 | | 男・女 | (西暦) 年 月 日生 |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話 | | FAX | |
| E-mail | | | |

当協会の通訳・介助員(訪問相談員)登録は、以下の要件の内、いずれかを満たす方を対象とします。該当されない方は、登録を受け付けかねますのでご了承下さい

1. 盲ろう者向け通訳・介助員養成研修会(講習会)、もしくは指導者研修会を受講修了している。
2. 盲ろう者向け通訳・介助員派遣事務所に、盲ろう者向け通訳・介助員(者)として登録している。

1を満たす方は、受講修了された研修会(講習会)の主催団体名を選び○を付けて下さい

- a. 自治体(自治体名: _____) ※複数地域で受講修了された方は、直近の研修会(講習会)の主催自治体名を記入
- b. 全国盲ろう者協会
- c. 国立障害者リハビリテーションセンター

2を満たす方は、登録自治体名をご記入下さい

自治体名: (_____) ※複数の自治体に登録されている方は、主な活動自治体名を記入

上記の要件のいずれかを満たす方は、以下をご記入下さい

| | |
|---|--|
| 習得している コミュニケーション手段 (通訳可能な 手段に○を付 けて下さい) | <ul style="list-style-type: none"> ・点字(経験 年) → 指点字(ライト式・パーキンス式)・ブリストタ ・手話(経験 年) → 弱視手話(接近手話)・触手話(触読手話) ※手話通訳士の資格(有・無) ・筆記 → 筆談・パソコン ※要約筆記奉仕員登録(有・無) ・指文字 → 日本語式・ローマ字式 ・手書き文字(てのひら書き) ・音声(聴覚) ・その他 (_____) |
| 職業/活動・連絡可能時間 | |
| 障害の有無 | 無・有 → 視覚・聴覚・その他 |
| 障害有の場合 ご記入下さい | 視覚障害の方の使用文字 → 点字・墨字 |
| | その他の方(具体的に) |

【お申込先】社会福祉法人 全国盲ろう者協会(郵便・FAX・Eメールにて)

〒162-0042 東京都新宿区早稲田町67番地 早稲田クローバービル3階
FAX 03-5287-1141 E-mail info@jdba.or.jp

| | | | | | | | |
|---------------------|--|------|-------|------|-------------|------------------------|-----------------|
| 協会 記入欄 | 理事長 | 常務理事 | 事務局次長 | 事務局長 | 担当者 (入力) | 協会登録日 (西暦) 年 月 日 | 通訳・介助員(訪問相談員)ID |
| | | | | | | | |
| | 【システム既登録確認】既登録なし[新規]: <input type="checkbox"/> / 既登録あり[更新]: <input type="checkbox"/> (賛助・盲ろう・通介・その他) | | | | | | |
| 【登録通知発送日】(西暦) 年 月 日 | | | | | | | |

この情報は、当協会の内部資料として、主に各種のお知らせを送付するために使用し、許可なく外部に公開することはありません。記載事項に変更が生じた場合はご連絡下さい。