

## 平成29年度 社会福祉施設職員人権ワークショップ（第1回）」開催要領

本研修では、日頃、職場やさまざまな人間関係の中で、相手の立場からはどう感じるかなど参加者とともに体験をしながら人権について考えます。また、職場での啓発に活用できるようなワークの進め方を学びます。

- 1 目 的 人権をテーマとした参加体験型学習を進めるための考え方を学び、地域や職場等での啓発に活用する。また、社会福祉施設の職員として必要な人権問題の正しい理解を得るとともに、人権意識の向上を図る。
- 2 主 催 大阪市社会福祉施設人権活動推進連絡協議会  
社会福祉法人 大阪市社会福祉協議会
- 3 対 象 者 大阪府社会福祉施設人権活動推進協議会の会員の大阪市管轄社会福祉法人に所属する職員
- 4 テ ー マ 「隣人としての在日外国人問題」
- 5 日 時 平成30年2月6日（火）午後3時～5時
- 6 会 場 大阪市立社会福祉センター 3階 303号室  
〒543-0021 大阪市天王寺区東高津町12-10
- 7 講 師 大阪市企業人権協議会 研修サポートセンターアドバイザー 野崎勝彦
- 8 定 員 30人
- 9 参 加 費 無 料
- 10 申込方法 別紙「参加申込書」によりFAXで下記まで申し込んでください。  
**申込締切：平成30年2月2日（金）**  
申し込まれた方は、当日開始時間の5分前までに直接、会場へお越しください。
- 11 申込み先 大阪市社会福祉協議会 地域福祉課（担当：堀江・西坂）  
〒543-0021 大阪市天王寺区東高津町12-10  
大阪市立社会福祉センター内  
電話（06）6765-5610 FAX（06）6765-5607

## 平成29年度 社会福祉施設職員人権ワークショップ（第2回）」開催要領

本研修では、日頃、職場やさまざまな人間関係の中で、相手の立場からはどう感じるかなど参加者とともに体験をしながら人権について考えます。また、職場での啓発に活用できるようなワークの進め方を学びます。

- 1 目 的 人権をテーマとした参加体験型学習を進めるための考え方を学び、地域や職場等での啓発に活用する。また、社会福祉施設の職員として必要な人権問題の正しい理解を得るとともに、人権意識の向上を図る。
- 2 主 催 大阪市社会福祉施設人権活動推進連絡協議会  
社会福祉法人 大阪市社会福祉協議会
- 3 対 象 者 大阪府社会福祉施設人権活動推進協議会の会員の大阪市管轄社会福祉法人に所属する職員
- 4 テ ー マ 「子どもの人権～外国にルールを持つ子どもたちの学習支援活動を通じて」
- 5 日 時 平成30年3月1日（木）午後3時～5時
- 6 会 場 大阪市立社会福祉センター 1階 第7会議室  
〒543-0021 大阪市天王寺区東高津町12-10
- 7 講 師 大阪市企業人権協議会 研修サポートセンターアドバイザー 野崎勝彦
- 8 定 員 40人
- 9 参 加 費 無 料
- 10 申込方法 別紙「参加申込書」によりFAXで下記まで申し込んでください。  
**申込締切：平成30年2月28日（水）**  
申し込まれた方は、当日開始時間の5分前までに直接、会場へお越しください。
- 11 申込み先 大阪市社会福祉協議会 地域福祉課 （担当：堀江・西坂）  
〒543-0021 大阪市天王寺区東高津町12-10  
大阪市立社会福祉センター内  
電話（06）6765-5610 FAX（06）6765-5607

# 大阪市社会福祉施設職員人権ワークショップ

## 参加申込書(第1回)

送付先: 大阪市社会福祉施設人権活動推進連絡協議会

事務局 : 大阪市社会福祉協議会 地域福祉課あて

FAX 06-6765-5607

次のとおり参加を申し込みます

【開催日: 2月6日】

※締切: 2月2日

法人名	
施設名	
所属連盟	所属連盟名 ( 児 童 保 育 老 人 生 保 地 域 障 害 ) ・ その他
連絡先	電話 : _____ ファックス: _____

参加者名	職種	備考
ふりがな		
ふりがな		



※ 研修お申込みの方へ ~ 個人情報の取り扱いについて

本研修会の申し込みにあたり提供していただきましたお名前・住所などの個人情報は、名簿の作成、資料の送付等、研修事業の運営のみに使用し、他の目的で使用したり、第三者へ提供することはありません。

# 大阪市社会福祉施設職員人権ワークショップ

## 参加申込書(第2回)

送付先: 大阪市社会福祉施設人権活動推進連絡協議会

事務局: 大阪市社会福祉協議会 地域福祉課あて

FAX 06-6765-5607

次のとおり参加を申し込みます

【開催日: 3月1日】

※締切: 2月28日

法人名	
施設名	
所属連盟	所属連盟名 ( 児 童 保 育 老 人 生 保 地 域 障 害 ) ・ その他
連絡先	電話: _____ ファックス: _____

参加者名	職種	備考
ふりがな		
ふりがな		



※ 研修お申込みの方へ ~ 個人情報の取り扱いについて  
 本研修会の申込みにあたり提供していただきましたお名前・住所などの個人情報は、名簿の作成、資料の送付等、研修事業の運営のみに使用し、他の目的で使用したり、第三者へ提供することはありません。