

## あいサポート企業等認定申請書

年 月 日

広島県知事 様

「あいサポート運動」の趣旨に賛同し、あいサポート企業（団体）の認定を申請します。

県ホームページ等への名称掲載	可・不可	メールによる情報提供	可・不可	
(ふりがな) 名 称				
住 所	〒			
代表者職氏名				
業 種 (事業内容)	(業種)	(事業内容)		
従 業 員 等 数	人（うち、広島県内事業所 人）			
担当者職氏名				
連 絡 先	( 電 話 )			
	( ファクシミリ )			
	( Eメールアドレス )			
取 組 内 容	取り組む内容に○をつけてください。			
	1	職員等を対象とした「あいサポート運動」出前講座の実施		
	2	職員等を対象とした「あいサポートバッジ」の着用推奨		
	3	職員等にパンフレット「障害を知り、共に生きる」を読むことの推奨		
	4	事業所、店舗等へのチラシの掲示		
	5	自社広報物、自社ホームページでの「あいサポート運動」の掲載		
	6	自社機関誌での、職員の障害者への取組みの紹介		
	7	障害者差別解消法や障害者雇用促進法の推進への取組		
	8	障害のある方を支援、援助する地域活動等への取組 〔具体的な取組内容〕		
9	上記1～8を除く各団体の独自の取組みで、あいサポーターの理念の普及 促進が図られると認められるもの。 〔具体的な取組内容〕			
物 品 申 込 ※ 物品については無料です。	品 名	個 数	品 名	個 数
	あいサポートバッジ		テキスト「障害を知り、共に生きる」 (A4版、カラー)	
	あいサポートチラシ		児童用テキスト「障害を知り、共に生きる」 (A4版、カラー)	
	ヘルプマークチラシ ヘルプマークポスター (B3版、カラー)			

※「あいサポート運動」出前講座の受講を希望される場合は、裏面についても記載してください。



広島県障害者支援課 行  
(FAX 082-223-3611)

広島県委託事業

「あいサポート運動」に係る出前講座 申込書

団体名			
担当部署			
担当者名			
住所	〒		
電話	( ) -	FAX	( ) -
メール			
出前講座の実施希望日	第1希望 令和 年 月 日 ( )	第2希望 令和 年 月 日 ( )	第3希望 令和 年 月 日 ( )
受講予定人数	人 (学校の場合は学年を記入してください ____年生)		
講座の希望時間	分 (標準は90分ですが、短縮することも可能です)		
受講形態	会場・オンライン(ZOOM) (希望の形態を○で囲んでください)		
希望テーマ (○で囲んでください) ※複数希望可	1. あいサポート運動の基本 2. 共生社会の実現におけた取り組み 3. 障害についての詳しい理解と合理的配慮 ・知的障害 ・発達障害 ・肢体不自由 ・精神障害 ・聴覚障害 ・視覚障害 ・難病 ・依存症 ・てんかん ・高次脳機能障害 4. その他 ( )		
その他 申込みの動機 講師に聞きたいこと			

※ 手話通訳等の配慮が必要な場合等は、「その他」欄に記入してください。

※ 希望テーマにつきましては3ページ目を参考にお選びください。

※ 広島県障害者支援課にご提出いただいた後に福山医療学園からご連絡いたします。

テーマ	形式	過去の講座内容(例)
あいサポート運動の基本を知る	講義・ DVD 視聴	障害の内容と特性を知る
		障害のある方の困りごと
		配慮の仕方や手助け
共生社会の実現に向けた取り組みの紹介	講義	障害者差別解消法について
		ヘルプマークについて
		障害者に関するマークのいろいろ
発達障害の特性と合理的配慮について	講義・ 疑似体験	発達障害の特性を知る
		発達障害の方の困りごとを理解しよう
		細かな作業の疑似体験
肢体不自由の特性と合理的配慮について	講義・ 疑似体験	車いすを使用した疑似体験
精神障害の特性と合理的配慮について	講義	精神障害の特性を知る
		精神障害の方の困りごとを理解しよう
知的障害の特性の理解と合理的配慮について	講義・ 疑似体験	関係団体による講義
		知的障害疑似体験プログラム
視覚障害の理解と合理的配慮について	講演・ 疑似体験	視覚障害関係団体による講義
		アイマスク、白杖を使用した疑似体験
		見えにくさの疑似体験
聴覚障害の理解と合理的配慮について	講演・ 疑似体験	聴覚障害の方による講演や手話学習
		聞こえにくさの疑似体験

## ❁ あいサポート運動のホームページ・SNS

出前講座の様子や、あいサポート運動の活動の様子を掲載しています  
ぜひ参考にしてください

ホームページ	Facebook	Instagram	LINE
			