

【対象：ろうあ者相談員、身体障害者相談員、生活相談員、ピア相談員、相談支援専門員 等】

締切； 2024 年 9 月 27 日（金）まで 都道府県加盟団体宛て

【相談員研修会&労働フォーラム】事前アンケート①

1. あなたのことについてお尋ねします。県名を記入し、該当するものに○を付けてください。

① 勤務地の都道府県名（政令指定都市を含む） _____ 都・道・府・県（市）

② （ きこえない、きこえにくい人 ・ きこえる人 ）

2. あなたの勤務条件についてお尋ねします。該当するものに○を付けてください。

1	勤務先	①聴覚障害者協会 ②社会福祉協議会 ③情報提供施設 ④市町村自治体 ⑤自宅 ⑥その他（ ） 勤務先名称（ ）
2	任命権者 （雇用主）	①聴覚障害者協会 ②社会福祉協議会 ③情報提供施設 ④市町村自治体 ⑤その他（ ）
3	勤務体制	①常勤 ②週3日 ③週2日 ④週1日 ⑤その他（ ）
4	身 分	①正規職員 ②会計年度任用職員 ③パート・アルバイト ④その他（ ）
5	肩 書	①ろうあ者相談員 ②身体障害者相談員 ③生活相談員 ④ピア相談員 ⑤相談支援専門員 ⑥その他（ ）
6	資格有無	①あり（名称： ） ②なし
7	資格取得 年月	5で①ありの方のみ回答 （取得 年 月）
8	経験年数	①1年未満 ②3年未満 ③5年未満 ④10年未満 ⑤10年以上 ⑥20年以上
9	研修会への 参加費	① 実費支給あり ②一部支給あり ③自己負担

3. 相談業務を行う上で手話通訳コーディネーターとの連携や会議を行っているか教えてください。

① 行っている

内容等 （ _____ ）

（例：疾患のある聞こえない人の支援者同士で、情報共有を行いながら支援を行っている等）

② 行っていない

理由をお聞かせください。

(_____)

⑥ その他 ()

⑨ その他 ()

--

※アンケート結果は当日配布資料に掲載させていただきます。ご了承ください。