

太 障 セ 号 外
令 和 7 年 5 月 吉 日

関 係 各 位

仙台市太白障害者福祉センター

所 長 引 田 吉 広
(公 印 省 略)

自立訓練（機能訓練・生活訓練）事業見学会について（ご案内）

時下、ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

さて、当センターでは、身体障害・難病のある方、高次脳機能障害・失語症のある方等
に対して、機能訓練・生活訓練等により自立した日常生活や社会生活を送ることができる
よう支援するための自立訓練（機能訓練・生活訓練）事業を実施しております。

つきましては、身体に障害のある方の支援をされている方を対象とした本事業の見学会
を下記のとおり実施いたしますので、ご多用のところ大変恐縮ではございますが、ご参加
くださいますようお願い申し上げます。

なお、見学をご希望される際には、お手数でも別添の申込書にて、令和7年7月4日（金）
までにお申し込みくださいますようお願い申し上げます。

記

- 1 見学期間 令和7年7月16日、17日、18日、19日、22日
(期間中の10:30～11:30 又は 13:30～14:30)
- 2 場 所 仙台市太白障害者福祉センター
(仙台市太白区長町南1丁目6-10 TEL 308-8801)
- 3 申し込み 別添2「自立訓練（機能訓練・生活訓練）事業見学会申込書」に必要事
項を記載の上、令和6年7月4日（金）までに当センターまでFAX・メ
ールにてお申し込みください。お申し込みをしていただいた後、見学日
についてお知らせいたします。
- 4 添付文書 自立訓練（機能訓練・生活訓練）事業見学会内容について（別添1）
自立訓練（機能訓練・生活訓練）事業見学会申込書（別添2）

○問い合わせ

仙台市太白障害者福祉センター
作業療法士 岡野 学

TEL 022-308-8801

FAX 022-308-8803

E-mail office-ta@shinsyou-sendai.or.jp

自立訓練（機能訓練・生活訓練）事業見学会申込書

令和 7 年 月 日

事業所名 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

FAX 番号 _____

1 見学者名

No.	氏 名	職 種	備 考
1			
2			
3			

2 見学希望日

希望順位	日にち	時 間
第一希望	☐ 7/16 (水) ☐ 7/17 (木)	☐ 10:30～11:30
	☐ 7/18 (金) ☐ 7/19 (土)	☐ 13:30～14:30
	☐ 7/22 (火)	
第二希望	☐ 7/16 (水) ☐ 7/17 (木)	☐ 10:30～11:30
	☐ 7/18 (金) ☐ 7/19 (土)	☐ 13:30～14:30
	☐ 7/22 (火)	
第三希望	☐ 7/16 (水) ☐ 7/17 (木)	☐ 10:30～11:30
	☐ 7/18 (金) ☐ 7/19 (土)	☐ 13:30～14:30
	☐ 7/22 (火)	

※見学日時については、当センターにおいて希望日を取りまとめの上、令和7年7月8日（火）以降に文書にてお知らせいたします。

【FAX送信 308-8803】

【e-mail : office-ta@shinsyou-sendai.or.jp】

仙台市太白障害者福祉センター 岡野宛

自立訓練（機能訓練・生活訓練）事業見学会内容について

令和 7 年 5 月 吉日
仙台市太白障害者福祉センター

1 当日の流れ

- (1) あいさつ
- (2) 自立訓練（機能訓練・生活訓練）事業の概要説明
- (3) 施設見学
- (4) 質疑応答

2 利用者の状況 ※利用者様の体調等により見学当日の利用者数に変動があります。

日	曜日	利用者数	備 考
7/16	水	名	高次脳機能集団訓練他
7/17	木	名	杖、車いす利用者等の集団訓練や個別活動他
7/18	金	名	高次脳機能集団訓練他
7/19	土	名	杖、車いす利用者等の集団訓練や個別活動他
7/22	火	名	杖、車いす利用者等の集団訓練や個別活動他

利用者は、脳血管障害に伴う片麻痺や高次脳機能障害、難病の方です。