



神奈川県

KANAGAWA

開催を希望する学校や団体を募集します！

# 障がいてなんだろう？

より多くの方々に、障がいの事を知っていただきたいという思いから、当事者や支援者が障がいについてお話しします。



障がいを持っている人たちがどんな風に生活をしているか話を聞いたり、自分たちが疑問に思ったことを質問したりできます！

お話を聞いた後に手話や車椅子のような障害を持った人が使う道具やコミュニケーションの体験が出来ます！

※事前希望制

応募期間

応募締切り 令和7年7月末日

開催日 令和7年9月～令和8年2月

※募集期間後でも、ご相談を承りますので、ご連絡ください。

主催 神奈川県、神奈川県障害者社会参加推進センター  
後援 神奈川県教育委員会  
お問合せ 神奈川県障害者社会参加推進センター  
(申込先) 〒221-0825 神奈川県横浜市神奈川区反町 3-17-2  
県社会福祉センター5階  
TEL 045-311-8736 FAX 045-316-6860

|         |                                                           |
|---------|-----------------------------------------------------------|
| 内 容     | 障がいの特性の話や体験談、コミュニケーション体験など。                               |
| 応募の条件   | 原則 15 名以上になる、神奈川県内（横浜市、川崎市を除く）の学校、団体、施設など。<br>※学校はクラス単位可能 |
| 費 用     | 無料                                                        |
| 注 意 事 項 | 申込みされた学校・団体の担当者と連絡が取れない、調整が困難な場合など、開催を見送らせていただく場合もあります。   |

「障がいてなんだろう？」開催を希望の方は以下にご記入いただき、FAX、郵送またはメールでお申し込みください。

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 開催希望会場           | 会場名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                  | 所在地                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 開催希望日時           | 令和 年 月 日 ( ) 時 ~ 時                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 年 月 日 ( ) 時 ~ 時                                                                                                                                                                                                                                          |
|                  | 年 月 日 ( ) 時 ~ 時                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ※平日の 10:00~16:00 までの 1~4 時間 ※候補日が複数ある場合は、全て記載してください。                                                                                                                                                                                                     |
| 参加予定人数           | 名（内訳）<br>例）小学○年生○名、教員○名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 学びたい障がい<br>複数選択可 | <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 視覚障がい <input type="checkbox"/> 聴覚障がい <input type="checkbox"/> 精神障がい<br><input type="checkbox"/> 知的障がい <input type="checkbox"/> 盲ろう(視覚と聴覚の重複障がい) <input type="checkbox"/> 音声機能障がい<br><input type="checkbox"/> 内部障がい(ぼうこうまたは直腸機能障がい) <input type="checkbox"/> 発達障がい<br>※希望する障がいに✓を記載してください。 |                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 体 験              | <input type="checkbox"/> 希望する                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 車いす体験(肢体不自由) <input type="checkbox"/> 盲ろう体験(盲ろう〔視覚と聴覚の重複障がい〕)<br><input type="checkbox"/> 誘導体験 (視覚障がい) <input type="checkbox"/> 手話体験(聴覚障がい)<br><input type="checkbox"/> 上記以外で希望する体験( )<br>※体験は 45 分以上が必要です。 ※希望する内容に✓を記載してください。 |
|                  | <input type="checkbox"/> 希望しない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 応募理由             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |
| そ の 他<br>ご意見ご要望等 | 例 1) 2 時間で身体障がいと知的障がいの話を聞いてみたい。その後に 1 時間誘導体験をしたい。<br>例 2) 3 時間で全ての障がいの話を聞きたい。質疑応答の時間も欲しい。<br><br>詳細は調整の上決定します                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |

#### 〈申込者〉

|         |                             |
|---------|-----------------------------|
| 学校・団体名  |                             |
| 担当者名    |                             |
| 連絡先     | ※平日の 9:00~17:00 の間に連絡がとれる番号 |
| メールアドレス |                             |

※開催目的や応募理由が不適切と判断した場合のご希望には添えません。

〈申し込み・問い合わせ先〉神奈川県障害者社会参加推進センター

〒221-0825 神奈川県横浜市神奈川区反町 3-17-2 県社会福祉センター 5 階

TEL:045-311-8736 FAX:045-316-6860 Mail:rikaisokushin@kanagawa-kenshinren.or.jp