

ピア電話相談員（当事者による電話相談）の募集の御案内

神奈川県精神保健福祉センターでは、精神障害者の方が日常的な悩みごとを相談できる窓口として、当事者の方による電話相談を実施しております。

この度、相談員として電話相談を受けてくださる方を募集します。

採用に当たっては、書類選考後、面接をさせていただき、決定後は当センターで行う研修を受講していただきます。

<応募条件>

- ・ 通院治療を継続されており、過去1年以上入院がなく病状が安定している方で、できれば当事者向けの相談経験のある方。
- ・ 障害者総合支援法内施設などの所属機関があり、所属機関の推薦がある方。
- ・ 電話相談の活動をするについて、主治医の了解を得ている方。
- ・ 必要に応じて、所属機関または主治医へ連絡を取ることを了解してくださる方。

<募集内容>

① 内 容

精神障害者の方の日常生活等の悩みごとの相談

2名体制で勤務し、交替で相談電話を受けていただきます。

② 勤務曜日と時間

毎週金曜日（祝日・年末年始は除く）13:00～17:00

うち相談時間は、13:30～16:30

※数名の方で順番に出勤していただきますので、月1回程度の勤務となります。

③ 勤務地

神奈川県精神保健福祉センター

（〒233-0006 横浜市港南区芹が谷2-5-2）

④ 採用人数

1名

⑤ 謝 礼

1回4,000円（横浜市港南区以外に在住の方は、交通費相当分を加算）

⑥ 申込み締め切り

令和7年1月24日（金）

（申込状況等によって締め切りの変動あり）

<応募方法>

- ① まずは、相談課にお電話をください。（平日8:30から17:15まで）
- ② 「ピア電話相談員申込書」と「履歴書」（各自でご用意ください）を送付してください。
- ③ ②の到着後、面接日、時間について御連絡いたします。

連絡先・申込先

神奈川県精神保健福祉センター 相談課

住 所：〒233-0006 横浜市港南区芹が谷2-5-2

電話番号：045-821-8822(代表)

神奈川県精神保健福祉センター
ピア電話相談員申込書

ふりがな		性別
名前		男・女
生年月日	年 月 日 (満 歳)	
住所	郵便番号 ()	
電話番号		

志望の動機	
-------	--

活動の経験など	
---------	--

自己PR	
------	--

所属機関名		電話番号	
所属機関のコメント (*職員の方に記入して頂いてください)			
(職員名 :)			

かかりつけ医療機関名		電話番号	
主治医名			
主治医の了解	その他、主治医のコメントがあれば記入してください		
有・無			

必要に応じ、当センターから所属機関や主治医への連絡を取ってもよいでしょうか?	可・不可
--	------