

平成 30 年度

介護福祉士養成実習施設実習指導者養成研修会

開催要項

- ① 主催 一般社団法人熊本県介護福祉士会
- ② 日時・会場 1日目 平成30年 7月 7日(土) 9:30~17:00
2日目 7月 8日(日) 9:30~17:00
3日目 7月 21日(土) 9:30~17:00
4日目 7月 22日(日) 9:30~17:00
熊本市流通情報会館 熊本市南区流通団地1丁目24
※ 時間等は変更・調整する場合がありますので予めご了承下さい。

研修内容に関するお問い合わせは会場ではなく熊本県介護福祉士会事務局までお願いいたします

- ③ 内容
- ・ 介護の基本、実習指導の倫理と実際
 - ・ 介護過程の理論と指導方法
 - ・ スーパービジョンの意義、活用及び学生理解
 - ・ 実習指導の方法と展開
- など全4日間 25時間
- ④ 参加対象 **※ 『介護福祉士』取得後3年以上実務に従事した者であって、実習施設（介護施設）において実習指導者となる者、及び現に実習指導者を担っている者**
また、4日間の研修全てを履修可能な者
- ⑤ 定員 50名程度
- ⑥ 申し込み 別紙の所定申込書により FAXまたは郵送でお申込みください。
(定員に達した場合ホームページでお知らせします)
※電話、メールによる申し込みは受付けておりません。
- ⑦ 参加費用 申込み受付後、事務局から送付します受講票に記載された振込先にお振込みください。
キャンセル等による返金はできかねますので、ご了承ください。
- | | | |
|-----|-----|----------------------|
| 参加費 | 会員 | 20,000円(テキスト・資料代を含む) |
| | 非会員 | 31,000円(テキスト・資料代を含む) |
- ※本研修を機会に入会を希望される方は、別途事務局にご相談下さい
- ⑧ その他 社会福祉士及び介護福祉士に関する法律の改正に伴い、「実習施設Ⅱ」の要件として本研修修了者が必置となっております。修了者には熊本県介護福祉士会より修了証が発行され、実習指導者として登録されます。本会会員は生涯研修手帳のポイント対象(16.5p)となります。
- ⑨ 問い合わせ・申し込み 一般社団法人 熊本県介護福祉士会 事務局
〒862-0950 熊本市中央区水前寺6丁目41-5 千代田レジデンス県庁東504
TEL 096-384-7125 Fax 096-297-8115

熊本県介護福祉士会 FAX096-297-8115

平成30年度 前期 介護福祉士養成実習施設実習指導者研修

申 込 書

締め切り日・・・定員になり次第

申 込 者 氏 名	フリガナ _____		性 別	男	女	生年月日	S・H	年	月	日生 (歳)	
勤 務 先・所 属	勤務先名	_____										
	所在地 〒 _____	所属・役職	_____									
自 宅 住 所	〒 _____	_____										
	電話番号 _____	ファックス番号	_____									
メールアドレス 等	※任意											
資 格 取 得 年 月	年	月	※ 介護福祉士国家資格登録年月を記載									
取 得 種 別	実務経験にて受験		・	養成校卒		いずれかを○で囲んでください						
実習指導の経験	ある (通算		年	ヶ月)	ない	いずれかを○で囲んでください						
介護福祉士会会員	会員 (会員 No		_____)		・	非会員		いずれかを○で囲んでください				
介護福祉士基本研修	受講した (H		_____年度)		受講していない	いずれかを○で囲んでください						

必読事項 ↓

- ※ 必ずお一人様一枚にてお申込みください。
- ※ 全ての項目に記入漏れが無いようお願いいたします。
- ※ **資格取得後3年の実務経験**が受講要件となりますので間違いのないようご確認下さい。
- ※ 今回頂いた個人情報につきましては本研修開催の目的以外には使用いたしません。
- ※ 国家試験合格の際行なった「資格登録手続き」と、本会入会 (個人の任意) 手続きは違います。よって会員 No は介護福祉士登録番号とは違いますので、ご記入の際は間違いのないようお願いいたします。
- ※ お申込みにつきましては先着順といたします。**受講決定のお知らせは『参加費振込のお知らせ』と併せて郵送にて通知いたします。**尚、定員を越えた場合はメール、またはお電話にてお断りのご連絡をいたします。必ず連絡先を明記してください。
- ※ 自宅住所は修了者登録・修了書送付の際必要となります。**部屋番号等の詳細まで必ず記入して下さい。**