

R5 年度技能実習生等介護人材集合研修事業・フォローアップ事業 開催要項

運営主体 一般社団法人熊本県介護福祉士会

開催趣旨

介護職種の技能実習生及び介護分野における1号特定技能外国人の介護技能を向上させるとともに、不安や困りごとの軽減・助言を図り、当該外国人介護人材が熊本県内の介護現場において、円滑に就労・定着できるようにすることを目的とする。

－ 研修概要 －

① 集合研修 6時間×1日間(下記日程のいずれかをお選びください)

- 内容 日本の介護についての基本理解
日本語をはじめとするコミュニケーションについて
基本的な介護技術等の演習 ほか
- 対象 介護職種の技能実習生及び介護分野における1号特定技能外国人
- 講師 介護福祉士養成校教員、技能実習指導員講習講師など

参加費
無料

県南会場 定員10名程度

日時 令和6年1月14日(日)

受付 9:15～ 研修 9:30～16:30

会場 中九州短期大学

募集期間 令和6年1月10日まで

県央会場 定員10名程度

日時 令和6年2月で調整中

確定次第ホームページにて告知します

会場 九州中央リハビリテーション学院

募集期間 令和6年1月末日まで

② フォローアップ事業(職場へ講師派遣)

- 内容 現に従事している職場へ講師を派遣
1事業所6時間まで(数日に分ける事も可能)県内10事業所訪問予定
より現場に即した介護技術や日本語などのコミュニケーション指導など
- 期間 令和6年2月上旬～3月上旬の間

※感染症の状況、またはご希望によってはZoomによる対応も可能といたします。

参加費
無料

※①集合研修、②フォローアップ事業、同時にお申し込みでも、どちらか一方でも構いません。

《お申し込み先について》

別添、[申し込みフォーム](#)にご記入いただき、(一社)熊本県介護福祉士会事務局まで
FAX 096-297-8115 お問い合わせ 096-384-7125(平日9時～16時)

技能実習生等介護人材集合研修事業・フォローアップ事業 申し込みフォーム

熊本県介護福祉士会事務局 あて(FAX 096-297-8115)

① 集合研修 (いずれかに○をつけてください)

ご希望日・・・第1回 県南会場(1/14) ・ 第2回 県央会場 九州中央リハビリテーション学院
(令和6年2月で調整中)

施設・事業所名	
参加希望者名 (該当項目に○、または記入をお願いします。記入欄が不足する場合はコピーしてください)	<p><u>技能実習・特定技能1号</u> フリガナ _____</p> <p>名前 _____ 母国 _____ 就労開始年月 ____年__月__日 日本語能力 ____程度 <u>介護技能実習評価試験 未・済(初級 専門級)</u></p> <p><u>技能実習・特定技能1号</u> フリガナ _____</p> <p>名前 _____ 母国 _____ 就労開始年月 ____年__月__日 日本語能力 ____程度 <u>介護技能実習評価試験 未・済(初級 専門級)</u></p>
ご担当者名 及び電話番号	名前 _____ 電話番号 _____

※日本語能力について、日本語能力試験、J.TEST 実用日本語検定、日本語 NAT-TEST などの日本語能力試験を受験されたことがある方は、その結果を記載ください。

※第2回県央会場についてお申込みいただいた場合は、日程の確定後にお電話にてお知らせいたします。

② フォローアップ事業(職場へ講師派遣)

施設・事業所名		
ご担当者名 及び電話番号	名前 _____	電話番号 _____
派遣先住所	〒 _____	
対象外国人材の 人数・お名前	人	お名前 _____
	お名前 _____	お名前 _____
希望するフォロー アップの概要	※自由記載	

※担当講師より、スケジュールや詳細のヒアリングを電話にて行います。