

# 平成 27 年度

## 介護技術講習指導者養成講習会 開催要綱

- 主 催 一般社団法人 鹿児島県介護福祉士会
- 趣 旨 「介護過程の展開」や「コミュニケーション技術」、「移動・排泄の介助」など介護技術の基本を根拠に基づき実践および伝えることができるようになることを目指し標記講習会を開催いたします。  
全日程カリキュラムを修了された方は、日本介護福祉士会より修了証が発行されます。  
※ 本講習会は、介護プロフェッショナルキャリア段位制度「アセッサー」の受講要件にもなっております。

- 日 程 <1日目> 平成 27 年 8 月 8 日 (土) 9:00~17:50 (8:30 から受付)  
<2日目> 平成 27 年 8 月 9 日 (日) 9:00~16:50 (8:30 から受付)  
※ 別紙カリキュラムをご覧ください。
- 会 場 鹿児島医療福祉専門学校 3号館 介護実習室 (2日間ともに)  
※ 会場への直接のお問合せはご遠慮ください。  
※ 会場は交通状況が複雑となっております。事前に地図等にてご確認ください。
- 受講要件 介護福祉士国家資格を取得し、実務経験 5 年以上の方。  
※ 介護福祉士取得以前の実務経験は含みません。  
※ 兼務等にて、実務経験の中に相談援助業務等が含まれる場合は、お申込みの前にご連絡ください。

- 受講料  
介護福祉士会 会員の方・・・10,000 円 一般の方・・・20,000 円  
※ 日本介護福祉会発行の研修受講券の対象外です。  
※ 鹿児島県介護福祉士会 会員証ポイント対象外です。

- 募集定員  
40 名 (先着順とし、定員になり次第締め切らせていただきます。)  
※ 定員超過等や非開講にてお断りをする場合のみご連絡いたします。  
連絡がない場合は、そのまま会場へお越しください。

- 受講に際して  
(1) 定員が 15 名に満たない場合は非開講とし、受講料も返金いたします。  
ご了承のうえお申込みください。  
(2) 2 日間とも、動きやすい服装・上履きをご持参ください。  
(3) 昼食は、各自でご準備ください。

- お申込方法

別紙申込用紙に必要事項をご記入いただき、下記払込先に受講料をお振込みのうえ郵便払込受領書（コピー可）を添付し FAX（099-299-1888）または郵送にてお申込み下さい。

【払込先】

口座記号番号	01720-1-149192
加入者名	一般社団法人 鹿児島県介護福祉士会

※ 領収書は郵便払込受領証に代えさせていただきます。

※ 通信欄には、講習会名をご記入ください。

※ 定員超過による参加のお断り、非開講以外に関しましては、参加費用の返金はいたしません。ご了承ください。

- 申込締切り

平成 27 年 7 月 15 日（水）

- その他

(1) 講習会受講後、実務経験不備等にて登録が取り消される場合もございますので、申込み用紙は、正確にご記入ください。

(2) 兼務等にて実務経験が複雑な場合はご連絡ください。

【お申込み・問合せ先】

一般社団法人 鹿児島県介護福祉士会 事務局
〒890-8517 鹿児島県鹿児島市鴨池新町 1-7（鹿児島県社会福祉センター4階） TEL：099-206-3050 FAX：099-299-1888 E-mail： <a href="mailto:jaccw46@po5.synapse.ne.jp">jaccw46@po5.synapse.ne.jp</a>

<プログラム>

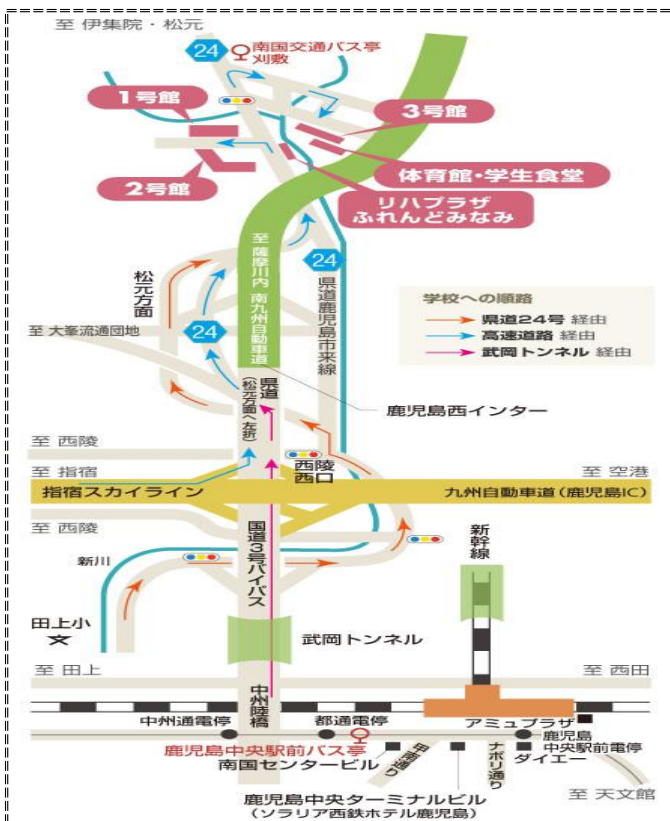
【1日目】

科目	時間
介護過程の展開	9:00~12:00
コミュニケーション技術	13:00~14:00
移動の介助等	14:10~16:10
排泄の着脱の介助	16:20~17:50

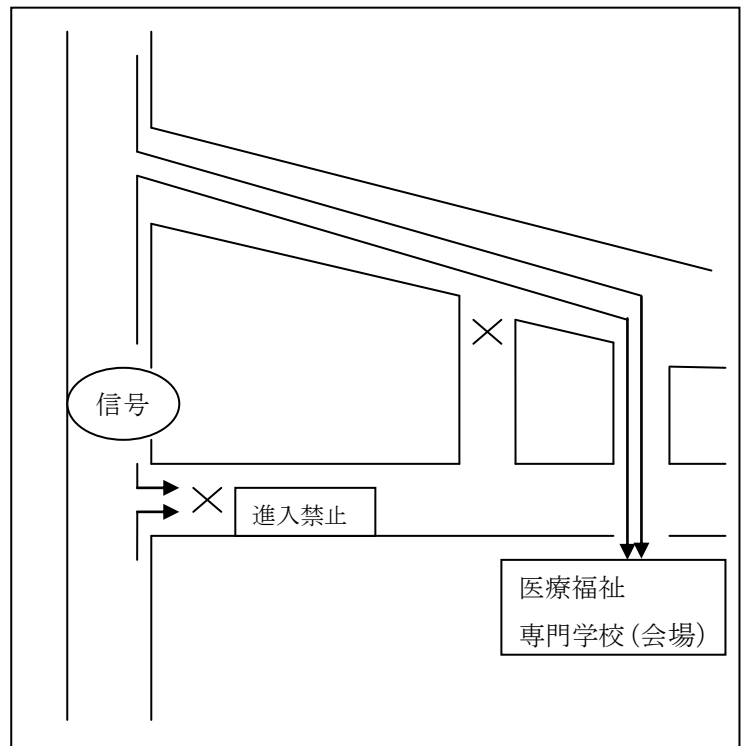
【2日目】

科目	時間
衣服の着脱の介助	9:00~10:30
食事の介助等	10:40~12:10
入浴の介助等	13:10~14:40
総合評価	14:50~16:50

<会場概要地図>



<会場周辺交差点地図>



# 平成27年度 介護技術講習指導者養成講習会申込書

(平成27年8月8日/9日開催)

フリガナ				性別： 男性 ・ 女性	
氏名					
生年月日	昭和 平成	年 月 日	区分	・ 会員 (460 ) ・ 一般 (非会員) (介護福祉士資格登録と会員は異なります)	
自宅住所	(〒 - )			TEL FAX 携帯	
勤務先名					
勤務先住所	(〒 - )			TEL FAX	
介護福祉士資格登録番号	第 - 号	取得年月日	平成	年	月 日
受講資格要件	勤務先名	業務内容	勤務年月		
	《例》 特別養護老人ホーム 〇〇〇〇園	《例》 介護業務	《例》 平成17年4月～20年3月 【期間 3年 0ヶ月】		
			年 月 ～ 年 月 【期間 年 ヶ月】		
			年 月 ～ 年 月 【期間 年 ヶ月】		
			年 月 ～ 年 月 【期間 年 ヶ月】		
	勤務年月合計			年 ヶ月	

- ※ 講習会后、欠格事由が発見され登録が取り消されるケースもございますので、正確にご記入ください。
- ※ 実務経験ご記入の際に、ご不明点等ございましたらご連絡ください。

こちらに郵便払込受領書を貼り付けてください。  
※ はみ出しても構いません。