平成 27 年度 第 2 回 介護福祉士養成実習指導者講習会 開催要綱

下記の日程等にて、標記講習会を開催いたします。なお、<u>本事業は「平成27年度地域医療介護総合確保基金</u>事業」の対象となっております。

そのため,通常の受講料より減額となっております。

- 1. 主 催 公益社団法人 日本介護福祉士会 / 一般社団法人 鹿児島県介護福祉士会
- 2. 日時および会場
 - 1日目:平成28年2月19日(金) 9:30~17:00
 - 2 日目:平成28年2月20日(土) 9:30~16:30
 - 3日目:平成28年3月12日(土) 9:00~17:00
 - 4日目:平成28年3月13日(日) 9:00~15:40

会場:全日程, 鹿児島県社会福祉センター7階(鹿児島市鴨池新町1-7)

- 3. 受講要件
- 【必須要件】介護福祉士国家資格取得後、3年以上実務に従事した経験のある方。 ※ 介護福祉士国家資格取得前の実務経験は含まれません。
 - ① 実習施設において実習指導者となる方および現に実習指導を担っている方。
 - ② 現に新人職員等の教育担当を行っている方。または今後担う予定の方。
 - ③ 人材育成に興味がある方。
 - 必須要件を満たし、なおかつ①・②・③のいずれかを満たしている方。
- 4. 受講料 会員: 15,000円 一般: 21,000円
 - ※ 研修受講券および鹿児島県介護福祉士会 会員証ポイント対象外です。
- 5. 募集定員 50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。)
- 6. 申込受付期間

平成 28 年 1 月 5 日 (火) 10:00 から平成 28 年 2 月 3 日 (水) 17:00 まで

- ※ いかなる理由におきましても、受付開始日時前のお申込みに関しましては受け付けをいたしません。
- 7. 申込方法 別紙申込み用紙に必要事項をご記入いただき, FAX または郵送にてお申込みください。
- 8. 受講決定について
 - 受付期間終了後,1週間以内に書面にてお知らせいたします。受講料に関しましても,その際にご案内いたします。
 - ・ 定員を超過された方に関しましては、電話にてご連絡いたします。

~平成27年度 実習指導者講習会プログラム~

【第2回】

1日目 平成28年2月19日(金)

会場:県社会福祉センター7階

会場:県社会福祉センター7階

会場:県社会福祉センター7階

会場:県社会福祉センター7階

| 時 間 | 科目 |
|-----------------|------------|
| | 介護の基本 |
| 9:30~11:30 | 介護保険 |
| | 支援法 |
| 12 : 30~17 : 00 | 実習指導の理論と実際 |

2日目 平成28年2月20日(土)

| 時 間 | 科目 |
|------------|--------------|
| 9:30~16:30 | 介護過程の理論と指導方法 |

3日目 平成28年3月12日(土)

| 時 間 | | 科 | 目 |
|------------|---------------------|-----------|--------|
| 9:00~17:00 | ₎ スーパービジ | ョンの意義と活用及 | 及び学生理解 |

4日目 平成28年3月13日(日)

| 時 間 | 科 目 |
|-------------|----------------|
| 9:00~12:00 | 実習指導の方法と展開 |
| 13:00~14:30 | 実習指導における課題への対応 |
| 14:40~15:40 | 実習指導者に対する期待 |

平成 27 年度 第 2 回 介護福祉士養成実習指導者講習会 申込書

お申込受付期間:平成28年1月5日(火)10:00から平成28年2月3日(水)17:00まで

| ふりがな | | | | | | | | | | | |
|-------------|--|----------|------------------|-----|------|-----|-----|------------|---|----|---|
| 氏 名 | | | | | | 性 | 別 | 男 | 性 | ・女 | 性 |
| 生年月日 | 昭 和•□ | 平 成 | 年 | 月 | B | 年 | 齢 | | | | 歳 |
| 経験年数 | 介護福祉士取得後 | | | 年 | 通算経 | 験年数 | | | | | 年 |
| 介護福祉士会 | 会 1. 会 員(会員番号:460) 2. 一 般 ※ 介護福祉士資格登録と介護福祉士会 会員は異なります。 | | | | | | | | | | |
| 携帯電話 | | | | | | | | | | | |
| 自宅 | 住 所 | 〒 鹿児島 | 県 | | | | | | | | |
| | 名 称 | | | | | | | | | | |
| 勤 務 先 | 所在地 | 鹿児島 | 県 | | | | | | | | |
| | 電話 | | | | | | | | | | |
| | F A X | | | | | | | | | | |
| 通知等送付先 | | | 2. 事業 がない場合は, | (2) | ご担当者 | | たしる | きす。 | |)様 | |

お申込・問合せ先:一般社団法人 鹿児島県介護福祉士会

FAX:099-299-1888(送信票不要)

郵送の場合:〒890-8517 鹿児島市鴨池新町1-7 県社会福祉センター4階

TEL: 099-206-3050