

平成30年度 介護福祉士養成実習施設実習指導者特別研修会 開 催 要 綱

1. 主 催 公益社団法人日本介護福祉士会 / 一般社団法人愛媛県介護福祉士会

2. 会場及び期日

会 場	期 日
聖カタリナ大学 一号館 3階 (131 講義室・136 講義室)	平成31年1月19日(土)・20日(日) 平成31年2月9日(土)・10日(日)

3. 研修内容 別紙1プログラムのとおり

4. 参加対象 ①介護福祉士として3年以上実務に従事した経験のある者であって、現に実習指導を担っている者。
②介護福祉士として3年以上実務に従事した経験のある者であって、今後、実習施設において実習指導者となる予定の者。

5. 定 員 70名(先着順)
※申込多数の場合は、受講をお断りさせていただく場合がございますので、予めご了承ください。
※基本的には先着順ですが、申込多数の場合は、実習施設・事業等Ⅱに該当するところを優先し、各事業所1名のみでの参加とさせていただきますので、予めご了承ください。同事業所から複数名申込の場合は受講の優先順位をご記入ください。

6. 申込方法 別紙2申込書によりFAXまたは郵送で、本会事務局へお申込みください。
(郵送される場合は、コピーをお送りください。)

7. 申込締切日 平成30年12月26日(水)(必着)【定員になり次第、締め切らせていただきます。】

8. 参加費用 参加費は、申込締切日以降に、事務局から受講決定通知を送付します。受講可能な場合は振込先の口座番号を通知いたしますので、受講費用等は必ず指定された期日までにお振り込みください。

参 加 費	会 員 20,000円(資料代を含む)
	非会員 31,000円(資料代を含む)

9. そ の 他 (1) 修了者には厚生労働大臣の定める研修を修了したことを認める修了証書を発行いたします。それにより実習指導者として登録されることとなります。
修了証書につきましては、後日発送となります。
(2) 本会会員は、日本介護福祉士会生涯研修制度のポイント発行をいたしますので生涯研修手帳をご持参ください。(16, 5ポイント)
(3) お申込みいただいた受講について、全日程(4日間)を受講していただくこととなります。受講途中の日程・次年度変更はできませんのでご了承ください。
(4) 遅刻・欠席のあった場合は、修了証書は発行いたしません。
(5) 昼食は各自でご準備ください。
(6) 一度納付された受講料は、キャンセル、欠席等、理由の如何を問わず返金できませんので、ご了承ください。

10. 問い合わせ先 〒790-0804 愛媛県松山市中一万町7番地8
「一般社団法人愛媛県介護福祉士会」事務局(担当/蟬川)
TEL 089-987-8123 FAX 089-987-6047
URL: <http://www.e-kaishikai.net/> Mail: info@e-kaishikai.net
Facebook: 愛媛県介護福祉士会



平成30年度 介護福祉士養成実習施設実習指導者特別研修会 プログラム

(会場/聖カタリナ大学 一号館 3階)

開催日	時 間	科 目	講 師
1月19日 (土)	9:30~	受付	
	9:50~	オリエンテーション	愛媛県介護福祉士会事務局
	10:00~12:00	介護の基本 (講義)	愛媛県介護福祉士会 会長 井川 義 伸
	12:00~13:00	昼食	
	13:00~17:30	実習指導の理論と実際 (講義・演習)	河原医療福祉専門学校 教員 上田 剛 氏 教員 宮田 幸 氏
1月20日 (日)	10:00~12:00	介護過程の理論と指導方法 (講義)	聖カタリナ大学 助教 小木曾 真 司 氏 (午前・午後)
	12:00~13:00	昼食	
	13:00~17:00	介護過程の理論と指導方法 (講義・演習)	今治明德短期大学 教員 上村 友 希 氏 (午後)
2月9日 (土)	9:00~12:00	スーパービジョンの意義と活用及び 学生理解 (講義・演習)	今治明德短期大学 教員 宮元 預 羽 氏
	12:00~13:00	昼食	河原医療福祉専門学校 教員 谷村 紗 理 氏
	13:00~17:00	スーパービジョンの意義と活用及び 学生理解 (演習)	
2月10日 (日)	9:00~12:00	実習指導の方法と展開 (講義・演習)	河原医療福祉専門学校 教員 上田 剛 氏 教員 宮田 幸 氏
	12:00~13:00	昼食	
	13:00~14:30	実習指導における課題への対応 (演習)	
	14:30~16:00	実習指導者に対する期待 (講義) ワークセッション	愛媛県介護福祉士会 会長 井川 義 伸

平成30年度 介護福祉士養成実習施設実習指導者特別研修会 参加申込書

※ 無記入の欄がございましたら申込書は無効とさせていただきます。

会員・非会員	正会員 ・ 非会員	※正会員の方は会員番号をご記入ください。 ↓					
フリガナ 氏名		介護福祉士 会 員 番 号	3	8			
介護福祉士 登録年月日	平成 年 月 日	介護福祉士 登録番号	第	—			
経 験 年 数	介護福祉士として介護の業務に従事した経験年数：(年 か月)						
指 導 の 有 無	<input type="checkbox"/> 現在、実習指導者である。 <input type="checkbox"/> 研修後、実習指導者を担当予定。 <input type="checkbox"/> 予定無し						
優 先 順 位	同じ施設から1名以上の参加がある場合の申込者の優先順位 ⇒ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3						
参加費入金方法	<input type="checkbox"/> 個人名で入金。 <input type="checkbox"/> 勤務先からの入金。記帳表示名⇒ ()						
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生						
自 宅 住 所	〒 — TEL () — FAX () —						
勤 務 先 名 称							
勤 務 先 所 在 地	〒 — TEL () — FAX () —						
入 会 申 込	※ 本研修会受講を機会に、一般社団法人愛媛県介護福祉士会への入会を希望する場合は、下記を○で囲んでください。 — 入会を希望します —						

※ 本申込書で取得した個人情報については、その取り扱いに十分留意し、研修会の運営管理・登録等以外の目的では使用いたしません。

※ 本研修会受講を機会に本会へ入会される方は、会員価格で受講できます。

※ 地図の詳細につきましては、受講決定通知書と同封させていただきます。

申込〆切
申し込み先

平成30年12月26日(水)必着

一般社団法人愛媛県介護福祉士会事務局 ※FAX可

FAX 089-987-6047 (送信紙は不要です。)