

実務者研修教員講習会

回覧依頼

平成29年1月の介護福祉士国家試験より受講要件が変更となり受験者は、実務経験3年以上並びに実務者研修の修了が必須となります。それに伴い、実務者研修を実施する施設や事業所が増えることが予想されます。実施するにあたり原則として、実務者研修教員講習会を修了した専任教員が必要となります。本講習会は、これらの規則及び基準に対応した講習会を実施し、実務者研修の講師を養成することを目的としております。

修了者は、実務者研修の専任教員及び介護過程Ⅲの教員となることができます。

また、実務者研修の教員になる方以外にも、こんな方々から声が上がっています。

- ・指導方法を学び、施設内での研修に役立てたい。
- ・介護福祉士として、スキルアップを図りケアの幅を広げたい。
- ・もうひとつ資格を持って、知識・技術・自信をつけたい。

募 集 要 項

【会場】長崎市大黒町3-1 交通会館3階 松藤プラザ「えきまえ」いきいきひろば

※長崎県営バスターミナル3階

【対象者】介護福祉士国家資格をお持ちの方

※講師要件は介護福祉士取得後5年以上の実務経験（実務経験5年がなくても受講は可能です）

【受講料】69、800円（テキスト代含む）

※介護福祉士実務者研修テキスト2・3巻、中央法規出版株式会社

	日程	カリキュラム
1	5月21日（土）9:00～17:00	介護教育方法（7）
2	5月28日（土）9:00～17:00	介護教育方法（7）
3	5月29日（日）9:00～17:00	介護教育方法（7）
4	6月11日（土）9:00～18:00	介護教育方法（8）
5	6月12日（日）9:00～17:00	介護教育方法（1） 介護過程の展開方法（6）
6	6月25日（土）9:00～17:00	介護過程の展開方法（7）
7	6月26日（日）9:00～17:00	介護過程の展開方法（2） 研修の目的、評価方法（5）

【定員】20名

【申込期間】4月25日（月）～5月16（月）

※定員20名になり次第、募集締め切りさせていただきます。

※受講者3名に満たない場合、開講致しません。その場合受講料は返金させていただきます。

※会場には駐車場がございませんので、周辺駐車場をご利用いただくか、公共交通機関でのご来場をお願い致します。

※受講決定者には受講案内を送付いたします。原則、受講料入金後のご返済は致しません。

《 申込・問い合わせ 》

FAX : 095-839-1237

TEL : 095-839-1239

株式会社 パールの風

〒851-0134 長崎市田中町385-4

Mail : pearl11239@soleil.ocn.ne.jp

コース	5月21日 開講 第1回 実務者研修教員講習会		
氏名	Ⓜ		男 ・ 女
現住所	〒		
自宅電話	—	—	携帯電話 — —
生年月日	昭和・平成	年 月 日	備考

『 実務者研修教員講習会 』 受講通知

当教室が開催する実務者研修教員講習会に申込まいただきありがとうございます。
早速ではございますが、下記の各種ご案内を送付させていただきます。

● フェイスシート

記入後写真を必ず添付し、開講日に提出してください。

● 介護福祉士資格証のコピーと本人確認書類のコピー(免許証か保険証)を開講日に提出してください。

● 払込取扱票

受講料のお支払いにご利用下さい。

お支払い方法：十八銀行 東長崎支店（普） 1054600 株式会社パールの風 代表取締役 前川 静恵まで、
ご入金をお願い致します。

お支払い期日：平成28年5月18日(水) 15:00まで

お支払い金額：一括 69,800円

※ お振込みされる際は、必ず受講される方のお名前でお振込み下さい。

会社名、またはご家族の名前で入金される方は、必ずご連絡頂きますようお願い致します。

● 会場

長崎市大黒町3-1 交通会館3階 松藤プラザ「えきまえ」いきいきひろば

※ 長崎県営バスターミナル3階

● 実施機関

株式会社 パールの風 長崎市田中町385-4 TEL: 095-839-1239

● 開催日時

	日程	カリキュラム
1	5月21日(土) 9:00~17:00	介護教育方法(7)
2	5月28日(土) 9:00~17:00	介護教育方法(7)
3	5月29日(日) 9:00~17:00	介護教育方法(7)
4	6月11日(土) 9:00~18:00	介護教育方法(8)
5	6月12日(日) 9:00~17:00	介護教育方法(1) 介護過程の展開方法(6)
6	6月25日(土) 9:00~17:00	介護過程の展開方法(7)
7	6月26日(日) 9:00~17:00	介護過程の展開方法(2) 研修の目的、評価方法(5)

受講生フェイスシート

平成28年5月21日開講 第1回コース

ふりがな	写真を貼る位置 1、縦36～40mm 横24～30mm 2、本人単身胸から上 3、裏面にのりづけ 4、裏面に氏名記入
氏名	
昭和・平成 年 月 日 (歳) 男 ・ 女	
ふりがな	
現住所 (〒)	
自宅電話番号： — —	
携帯電話番号： — —	

公的資格 ()	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 介護福祉士	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	<input type="checkbox"/> その他
-------------	------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	------------------------------

職務経歴		
年月 ～ 年月	最終学歴	学科
H・S 年 月 ～ H・S 年 月		
年月 ～ 年月	就職先	職務概要
H・S 年 月 ～ H・S 年 月		
H・S 年 月 ～ H・S 年 月		
H・S 年 月 ～ H・S 年 月		
H・S 年 月 ～ H・S 年 月		
H・S 年 月 ～ H・S 年 月		

介護の経験は (家族介護も含む)
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (年程：)

受講の動機は

- 現在講師の仕事に従事しているため。
- 今すぐにでも講師の仕事に就きたいため。
- いずれは講師になりたいと考えているため。
- その他

(

)