

2020年度 介護福祉士実習指導者講習会 開催要項

平成24年4月より実習生の受け入れをするにあたって、本研修の受講が義務付けられました。介護福祉士養成カリキュラムの「介護実習Ⅱ」の実習指導者に対して、必要な専門的知識及び教育方法を習得させるため本研修を実施します。

1. 日 程 **※新型コロナウイルスの感染拡大防止のため A コースは中止となりました。**

区分	Aコース	時間	Bコース	時間
1日目	7月5日(日)	9:20~17:00	10月31日(土)	9:20~17:00
2日目	7月18日(土)	9:30~16:30	11月14日(土)	9:30~16:30
3日目	8月10日(月)	9:30~17:30	11月23日(月)	9:30~17:30
4日目	8月17日(月)	9:30~16:30	12月13日(日)	9:30~16:30

2. 会 場 静岡県総合社会福祉会館 シズウエル

※会場には駐車場がありません。公共交通機関をご利用ください。

3. 受講対象 (1)介護福祉士資格取得後の実務経験が3年以上の方
(2)静岡県内の養成校実習施設の指導者として実習指導者として登録を希望する方
または現に実習指導者を担っている方

4. 定 員 Bコースのみ64名

5. 締 切 日 5月29日(金)必着のこと

*締切日前に定員に達した場合は、お断わりする場合がありますのでご了承ください。

6. 受講料 会員20,000円／非会員35,000円(テキスト代¥2,592・資料代¥2,000・登録料¥5,000含む)
※受講決定通知送付後、連絡なき場合のキャンセルにつきましては、受講料の返金は致しません。

7. 修了証明書の交付

研修全課程を終了された方には、静岡県介護福祉士会より「修了証」を交付します。

8. 申込方法 申込書に必要事項を記入し、介護福祉士登録証のコピーと併せてFAX送信または郵送してください。

※受講決定通知・受講票・テキスト・受講料払込票等は、Aコース6月初旬送付予定。Bコース7月初旬送付予定

9. その他

- 1)申込者多数の場合は、静岡県介護福祉士会の会員が優先となります。
- 2)同事業所からのお申込みは、2名までとさせていただきます。
- 3)入会希望の方は下記事務局までご連絡ください。本研修より会員価格とさせていただきます。

<お問合せ先> 一般社団法人静岡県介護福祉士会事務局 担当:平野幸子

〒420-0856 静岡市葵区駿府町1-70 静岡県総合社会福祉会館4階

<http://shizukai.jp> TEL 054-253-0818 / FAX 054-253-0829



FAX 054-253-0829

<送信先> 一般社団法人静岡県介護福祉士会 事務局

2020年度「介護福祉士実習指導者講習会」受講申込書

(年 月 日 記入)

ふりがな			希望コース	会員・非会員の別 いずれかに✓して下さい	
氏名			Bコースのみ	<input type="checkbox"/> 介護福祉士会会員(NO) <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 入会手続き中	
生年月日	昭和 平成 年 月 日生(歳)			性別	()男性 ()女性
自宅住所	(〒 -)		自宅	TEL	
				FAX	
			携帯		
勤務先	所在地	(〒 -)			
	法人名				
	施設名	TEL () FAX ()			
施設の種別		役職		職務	
受講案内送付先			実習指導の状況 *いずれか✓して下さい		
※いずれかに○をつけてください			<input type="checkbox"/> 現在実習指導者をしている <input type="checkbox"/> 今後実習指導者を予定している		
1. 自宅 2. 職場			介護福祉士資格取得年月		
↓職場で宛名が本人以外の場合は記入して下さい			昭和 平成 年 月		
ご担当者氏名()			資格取得後の実務年数 ★記入日現在 ()年()カ月		
どちらの養成校の指定施設になっていますか。学校名をご記入下さい。					

－ 留意事項 －

- ・FAX 送信後、着信確認の TEL をお願いします。(TEL054-253-0818)
- ・申込書と併せて介護福祉士登録証のコピーも FAX して下さい。
- ・氏名、ふりがな、生年月日、自宅住所は修了証に登録されますのでお間違えのないようご記入下さい。
- ・個人情報責任を持って管理致します。ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。