

令和7年度

# 生活支援技術研修

## 【指導者編】



指導者として生活支援技術(コミュニケーション・移動移乗)の正しい知識、技術をエビデンスに基づいて指導できることを目的に開催します。

受講料無料

定員24名

- 開催日時 令和7年 9月18日(木)・19日(金)  
2日間共 9:30~16:30 (受付9:15~)
- 会場 シズウエル101・103会議室 (静岡市葵区駿府町1-70)
- 対象者 現場で指導している方又は今後指導者になる予定の方
- 締切日 8月29日(金)必着 ※申込み多数の場合は会員優先とします。
- 講師 齋藤升美・須田和枝・中邑愛・小田明弘 <静介講師/介護技術チーム>
- 内容 1日目 介護の専門性/指導の在り方/コミュニケーション/移動移乗  
2日目 講義・演習を踏まえ事例に基づく演習/振り返り・まとめ

### 申込方法

- 下記①②③のいずれかの方法によりお申込みください。
- ①裏面の申込書にご記入の上、FAX又は郵送にてお申込みください。
  - ②右記QRコードを読み取り、申込フォームへ入力、送信してください。
  - ③当会HP(shizukai.jp)にアクセスし、研修・講習会より本研修をクリックし申込フォームへ入力、送信してください。



申込フォームQRコード

### 留意事項

- 定員を超える場合、1事業所から1名とさせて頂く場合があります。
- 研修は2日間になりますので、ご了承ください。
- 受講希望者数が半数に満たない場合は、開催しない可能性がありますのでご了承ください。
- 受講の詳細は受講決定通知でお知らせします。

問合せ先



一般社団法人静岡県介護福祉士会事務局 担当 藤浪/平野

〒420-0856 静岡市葵区駿府町1-70 シズウエル4階

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

e-mail: [shizukai@cy.tnc.ne.jp](mailto:shizukai@cy.tnc.ne.jp)



## 令和7年度 生活支援技術研修 申込書

|                       |                                                                                                                  |      |              |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------|
| 記入日 令和 年 月 日          |                                                                                                                  |      |              |
| (ふりがな)                |                                                                                                                  | 会員区分 | ( ) 会員 No( ) |
| 氏 名                   |                                                                                                                  |      | ( ) 準会員・賛助会員 |
|                       |                                                                                                                  |      | ( ) 非会員      |
| 連絡先電話番号               |                                                                                                                  |      |              |
| メールアドレス               |                                                                                                                  |      |              |
| 所属の事業所名               |                                                                                                                  |      |              |
| 送付先住所<br>※いずれか選択して下さい | ( ) 自宅 ( ) 事業所                                                                                                   |      |              |
| 送付先 住所                | (〒 - )                                                                                                           |      |              |
|                       |                                                                                                                  |      |              |
| 有資格                   | ( ) 介護福祉士 ( ) 訪問介護員1級<br>( ) 訪問介護員2級 ( ) 介護職員基礎研修課程修了<br>( ) 介護職員初任者研修 ( ) 実務者研修修了<br>( ) 無資格 ※該当箇所すべてにチェックして下さい |      |              |
| 職場での役職<br>(あれば記入)     |                                                                                                                  |      |              |
| 職場で介護技術を<br>指導されていますか | ( ) 指導している ( ) これから指導していく                                                                                        |      |              |
| 受講の動機                 |                                                                                                                  |      |              |

※申し込みに関するの個人情報は、本研修以外には使用いたしません。