



## 平成27年度 介護福祉士実習指導者フォローアップ研修会

主催：公益社団法人日本介護福祉士会高知県支部（高知県介護福祉士会）

後援（予定）：高知県立大学/高知福祉専門学校/平成福祉専門学校

**趣旨** 現在、介護福祉士養成課程において行われる「介護実習」を指導する「実習施設・事業等Ⅱ」については、実習指導者の資格要件の一つとして、本会等が開催する「実習指導者講習会」の修了が必要となっています。

本会でも、平成21年度より実習指導者講習会を開催してまいりましたが、今年度、テキストの改訂がありました。今回、講習会を修了された介護福祉士の方と、実際に現場で担当されている職員の方を対象に、テキスト改訂箇所の周知と、指導者の質の向上を目的としたフォローアップ研修会を開催することといたします。

当研修会では実習指導者、現場担当者として必要な視点、協力体制をともに考え、学んでいただくとともに、実習受け入れに向けてのポイントや、課題などについてもグループワークを通して考えていただきます。また、養成校からの説明時間も設けますので、対象となる方は是非ご参加ください。

**日 時** 平成27年9月12日（土）13：00～16：00（受付 12：30～）

**会 場** 高知県立ふくし交流プラザ 5階 研修室A  
（高知市朝倉戊375-1）

時間	内容	講 師
12：30～	受付	高知県介護福祉士会 会長 佐井 健二
13：00～	開会・オリエンテーション	
13：10～	テキスト改訂箇所について	
13：50～	養成校より 「(仮)実習カリキュラムについて」	(養成校講師予定)
14：20～	休 憩	
14：30～	グループワーク ・自施設での実習受け入れ体制 ・自施設で実習受け入れの際に課題となっていること	高知県介護福祉士会 副会長 土居 沙織
15：50～	総評・閉会	

**参加対象** 介護福祉士実習指導者講習会修了者・実習担当者（介護福祉士・介護職員）

**定 員** 50名

**参加費**

	研修参加費＋改訂版テキスト代	合計
正会員	2,000＋2,000	¥4,000
会員外	4,000＋2,000	¥6,000

※ 入会希望の方は当日入会手続きができます。（入会金・年会費 合計11,000円。  
銀行印・介護福祉士登録証のコピーをお持ちください。）

**参加申込** 別紙「参加申込書」により、平成27年9月2日（水）までに、郵送またはFAXにより本会事務局までお申し込みください。

**その他** ①参加申込書に記載された個人情報、本研修の運営のみに使用いたします。研修会では、参加者名簿を作成し、配布・掲示することがあります。

〈お問い合わせ・お申し込み先〉  
高知県介護福祉士会事務局（担当：土居）  
〒780-8567 高知市朝倉戊 375-1 高知県社会福祉協議会内  
Tel 088-844-4611 Fax 088-844-9443

高知県介護福祉士会 事務局（担当：土居）行

【FAX：088-844-9443】

## 平成27年度 介護福祉士実習指導者フォローアップ研修会 参加申込書

施設・事業所名

電 話

FAX

連絡担当者

### 【参加者】

	ふりがな 氏 名	役職名	会員・会員外	介護福祉士実習指導者講習会受講年月日	
1			正会員・会員外	1	年 月 日
			<input type="checkbox"/> 入会希望	2	資格なし
			介護福祉士養成校の介護実習の実習指導者として、 (・現に従事している ・今後従事する予定 ・予定なし)		
2			正会員・会員外	1	年 月 日
			<input type="checkbox"/> 入会希望	2	資格なし
			介護福祉士養成校の介護実習の実習指導者として、 (・現に従事している ・今後従事する予定 ・予定なし)		

### 【注意事項】

※「正会員・会員外」欄は、公益社団法人日本介護福祉士会（高知県介護福祉士会）の会員又は会員外についてご記入ください（いずれかに○を記入ください）。なお、会員外の方で、入会を希望される場合は、入会希望の□にチェックを記入ください。

※介護福祉士実習指導者講習会受講年月日は受講最終日をご記入ください。

※参加申込書に記載された個人情報は、研修会の運営管理のみに利用させていただきます。なお、研修会では氏名・役職を記載した名簿を配布・掲示する事があります。

●●● 申し込み締切 平成27年9月2日（水） ●●●