

## [ご案内] 平成 27 年度 第 1 回

# 介護福祉士実習指導者講習会

「実習Ⅱ」の施設要件として本講習会の修了者が必置となっています。介護福祉士養成カリキュラムの「介護実習」を指導する社会福祉施設等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ことを目的に実施されるものです。

毎回応募者多数のため、会員を優先的に受け付けます。受講をお急ぎのかたは介護福祉士会への入会をお勧めいたします。入会は 11,000 円（入会金 5,000 円、年会費 6,000 円）が必要ですが、受講料の差額は 12,000 円のため入会をお勧めいたします。法人の場合賛助会員になられることをお勧めします。入会、賛助会員を希望される場合は事務局までご連絡下さい。

### 【概要】

- 1・日 程：平成 27 年 8/18(火) , 8/20(木) , 9/1(火) , 9/4(金) の 4 日間
2. 会 場：岐阜県立図書館 2 階研修室
- 3・対象者：介護福祉士の資格があり実習施設において実習指導者となる者、及び現に実習指導を担っている者（※注 1 参照）
- 4・参加費：会員 21,000 円、非会員 33,000 円
- 5・定 員：40 名（定員になり次第締め切り、その後は次回予約に切り替えます。）
- 6・受 付：平成 27 年 7 月 17 日(金)に受付を終了し、以降はキャンセル及び受講者の変更は不可とします。ただし、定員に空きがある場合には、若干名受け付ける場合もありますのでお問合せ下さい。
- 7・主 催：公益法人日本介護福祉士会／一般社団法人岐阜県介護福祉士会
- 8・内 容：別紙プログラムを参照  
※全課程修了者には、公益社団法人日本介護福祉士会より厚生労働省の定める研修を修了したことを証明する「修了証」を交付します。講師は講習会講師養成研修修了者です。
- 9・申込方法：次のいずれかでお申込み下さい。
  - ①ホームページの申込みフォームから
  - ②ファックスまたは郵送にて（FAX 番号等は裏面事務局案内をご覧ください。）
  - ③E メール（事務局：[gifukaigo@ark.ocn.ne.jp](mailto:gifukaigo@ark.ocn.ne.jp)）

### 記載内容

- ・施設名（郵便番号、住所、電話番号）（**賛助会員か非会員かを明記して下さい**）
- ・受講者氏名（郵便番号、住所、電話番号、性別、生年月日、**介護福祉士会の会員番号**）
- ・介護職経験年数（期間年数）

### ※ 注 1

介護福祉士の資格者は講習に参加できますが、実際の実習指導者としては資格取得後 3 年の実務が必要です。この講習会では、希望者が多い場合は会員で資格取得後 3 年の実務経験を満たしている方や 3 年の実務により近い方の受講を優先して受け付けます。

### 10. 連絡・お問合わせ

一般社団法人岐阜県介護福祉士会（事務局）

〒501-0234 岐阜県瑞穂市牛牧 913 番地 10

【電 話】 0 5 8 - 3 2 2 - 3 9 7 1（平日 9 時～17 時）

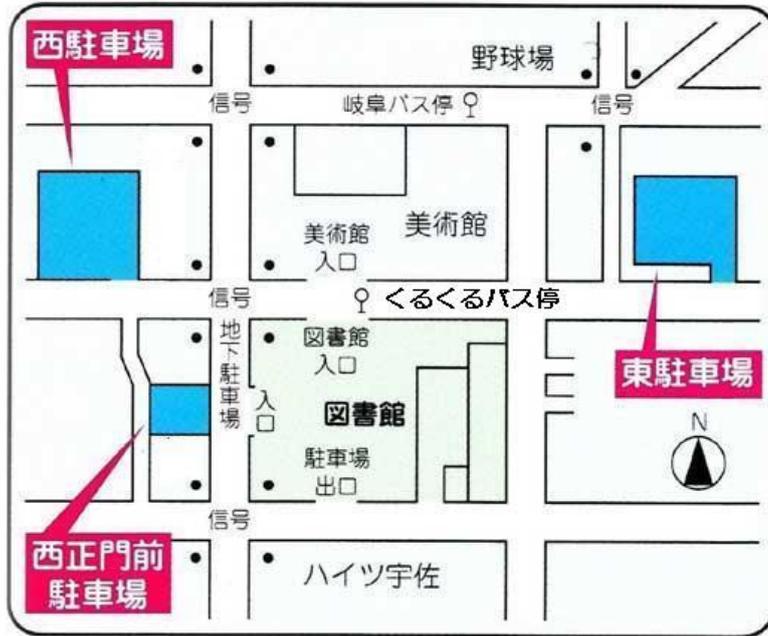
【F A X】 0 5 8 - 3 2 2 - 3 9 7 2

【E メール】 [gifukaigo@ark.ocn.ne.jp](mailto:gifukaigo@ark.ocn.ne.jp)

## <会場のご案内>

岐阜県立図書館 研修室（正面入り口2階） 〒500-8368 岐阜市宇佐 4-2-1

※施設の開場は9時30分です。9時30分までは施設館内へ入ることはできませんので、  
ご注意ください。



### 【交通アクセス】



#### ■JR 西岐阜駅より

「西ぎふ・くるくるバス」『県図書館・美術館』バス停下車すぐ徒歩14分

#### ■名鉄岐阜駅・JR 岐阜駅より

岐阜バス「加野団地線」「市橋」行に乗車、『県美術館』バス停下車 徒歩3分

#### ■駐車場（382台）岐阜県美術館と共用、地下210台、その他172台

- ※周辺の商業施設等、指定以外の駐車場は絶対に使用しないでください。
- ※地下駐車場は9時20分からの利用となります。

【当日の連絡先】 Tel 090-7695-8903 （岐阜県介護福祉士会事務局携帯）

**FAX送付先** **058-322-3972** 岐阜県介護福祉士会事務局行

## 受講申込書

平成27年度 第1回介護福祉士実習指導者講習会

受講日	第1回	第2回		
フリガナ			生 年 月 日	性 別
受講希望者氏名			昭和・平成 年 月 日	男・女
勤務先	法人名			
	事業所名			
所在地	〒	TEL FAX E-メールアドレス		
同施設優先順位	1.	2.	3.	4.
所属種別	1. 特別養護老人ホーム 2. 介護老人保健施設 3. 障害者施設 4. その他			
入会の有無	介護福祉士会に 1 入会している(会員番号: , 賛助会員) ・ 2 入会していない			
介護福祉士の資格	登録年月日 年 月 日 (介護福祉士資格登録証コピー添付の事)			
介護職経験	期間年数	年 月 ~ 年 月 (年間)		
自宅住所必ず記入して下さい	〒	TEL FAX 携帯電話		
申込書類等の送付先・連絡先	自宅 ・ 勤務先			

※ 修了証は受講者の自宅に送付されます。

※ 同施設優先順位…同施設で複数名申し込みがある場合記入して下さい。

上記データは、個人情報保護法に基づき無断で第三者に提供することは、ありません。