令和5年度
介護福祉士養成実習施設　実習指導者研修会

本研修会は厚生労働大臣が定める基準を満たした指導者養成研修であり、各県支部で運営・開催しております。介護福祉士養成実習施設において、今後実習指導者となる皆様の受講をお待ちしております。

1. 主　　催　　公益社団法人日本介護福祉士会／公益社団法人新潟県介護福祉士会
2. 日　　時　　第１回　令和 5 年 6 月 20 日(火)・21 日(水)、7 月 4 日(火)・5 日(水)
　　第２回　令和 5 年 9 月 21 日(木)・22 日(金)、10 月 5 日(木)・6 日(金)
3. 会　　場　　新潟ユニゾンプラザ　5階　中研修室　（〒950-0994　新潟市中央区上所2丁目2番2号）
4. 受講対象　　介護福祉士として資格取得後3年以上実務に従事した経験があり、介護福祉士養成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者を担っている者
5. 定　　員　　各回28名　※新型コロナウィルス感染拡大の状況により、中止または延期になることがあります。
6. 申込方法　　別紙申込書にご記入・所属長の捺印の上、介護福祉士国家資格登録証のコピーを添付し、郵送で新潟県介護福祉士会事務局へお申込み下さい。
7. 締 切 日　　第1回　令和　5年　6月　2日(金)※必着厳守　但し、定員になり次第締切りと致します。
　　第2回　令和　5年　9月　1日(金)　　〃
8. 受講費用　　会　員　21，000円(資料代含む)　非会員　33，000円(資料代含む)
　　※受講費用の納入は、振込用紙を後日送付させて頂きます。受講費用納入にて正式な受付となります。入金確認後、研修初日直前に受講票を発送致します。
9. 研修内容　　下記プログラムのとおり(科目が前後する場合があります)

	時間	科目	講師
1日目	8:45～ 9:15	受付・オリエンテーション	調整中
	9:15～12:15	介護の基本(2)・実習指導の理論と実際(1)	
	13:15～16:45	実習指導の理論と実際	
2日目	9:00～12:00	ｽｰﾊﾟｰﾋﾞｼﾞｮﾝの意義と活用及び学生理解(講義)	調整中
	13:00～17:00	ｽｰﾊﾟｰﾋﾞｼﾞｮﾝの意義と活用及び学生理解(演習)	
3日目	9:30～12:30	介護過程の理論と指導方法(講義)	調整中
	13:30～16:30	介護過程の理論と指導方法(演習)	
4日目	9:30～12:30	実習指導の方法と展開	調整中
	13:30～15:00	実習指導における課題への対応	
	15:00～16:00	実習指導者に対する期待	

10. そ の 他　①全日程受講修了者には、厚生労働大臣の定める研修を修了したことを証明する修了証書を発行し、実習指導者として登録されることとなります。
　　②本会会員は生涯研修手帳をご持参下さい。
　　③会場に駐車場はございますが、台数に限りがございます。
　　いずれの会場も可能な限り公共交通機関もしくは、乗り合わせでお越し下さい。
　　④昼食は各自でご用意下さい。
　　⑤新型コロナウィルス感染拡大防止の対策にご協力をお願い致します。
　　⑥感染拡大の状況により、当会ホームページに開催の可否が掲載されることもございます。

11. 連 絡 先　公益社団法人新潟県介護福祉士会　事務局(担当:真保・五百川)
　　〒950-0994　新潟市中央区上所2丁目2番2号　新潟ユニゾンプラザ3F
　　TEL　025－281－5531(受付時間　平日 8:30～17:30)　FAX　025－281－7710
　　Mail　kaigo@sage.ocn.ne.jp　　HP　http://www.kaigo-niigata.or.jp

※　受講申込書と介護福祉士国家登録証の写しの両方を郵送して下さい。

令和5年度 介護福祉士養成実習施設 実習指導者研修会
受講申込書

受講希望 （希望回を〇で囲んで下さい）	第1回 ・ 第2回		
ふりがな		性別	男 ・ 女
氏　名		生年月日 年齢	西暦　　年　　月　　日 （　　歳）
自宅住所	〒　　－	電話番号	－　　－
		FAX	－　　－
勤 務 先	事業所名		
	〒　　－	電話番号	－　　－
		FAX	－　　－
書類送付先 及び連絡先	勤務先 ・ 自宅 （いずれかを〇で囲んで下さい）		
介護福祉士 資格取得年	西暦　　年　　月		
実務経験年数	※資格取得後経験年数　現職　　年　　か月 ／ 通算　　年　　か月		
現況	□ 現に実習指導している　□ 今後実習指導する予定　□ 未 定		
介護福祉士会 会員/非会員	会員 （会員番号：15－　　）・ 非会員		
介護福祉士 登録番号	※登録証添付必須		
受講定員に達していた場合のキャンセル待ちについて　する ・ しない			

【受講申込者所属長記入欄】

上記の者の受講を推薦致します。

年　　年　　日

事業所名

役 職 名

氏　　名　　㊞

＜申込方法＞

①上記申込書に必要事項を全て記載し、所属長印を押印して下さい。

②介護福祉士国家資格登録証のコピーを添付して郵送して下さい。（送料本人負担）