平成２４年７月吉日

介護福祉士実習指導者講習会
修了者　各位

社団法人沖縄県介護福祉士会
会　長　城　間　雅　己
（　公　印　省　略　）

平成２４年度　介護福祉士実習指導者フォローアップ研修（初任者）について（ご案内）

拝啓　盛夏の候、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。平素より本会の事業推進に格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

　さて、このたび、平成２４年度介護福祉士実習指導者講習会を修了された介護福祉士の方々を対象に、「介護福祉士実習指導者フォローアップ研修（初任者）」を下記の通り開催いたします。

今後、県内における介護福祉士養成実習施設実習指導者の質の向上を目指していくことを目的として本研修を実施します。

敬　具

記

１．期　　日　　**平成２４年１０月６日（土）**

２．時　　間　　受付 8：45～開講式 9：15～終了 17：00　※詳しい日程は別紙１参照

３．会　　場　　沖縄県総合福祉センター東棟４０１研修室（予定）

〒903-0804　那覇市首里石嶺町 4-373-1

４．対 象 者　　**①平成２４年度介護福祉士実習指導者講習会修了者**

②平成２０年度～平成２３年度までの介護福祉士実習指導者講習会修了者でこれまでフォローアップ研修に参加されたことのない方

（詳細は、本会事務局までお問合せ下さい。）

５．定　　員　　**３０名**　※定員に達し次第、締め切らせていただきます。ご了承下さい。

６．研 修 費　　社団法人　沖縄県介護福祉士会正会員一人　　３，０００円（資料代込み）

〃　　非会員一人　　６，０００円（資料代込み）

７．そ の 他　　**研修当日は講習会で使用した「介護実習指導者テキスト（赤色の表紙）」を持参してきて下さい。**

別紙１

〔平成２４年度　介護福祉士実習指導者フォローアップ研修（初任者）プログラム〕

場所　沖縄県総合福祉センター東棟４０１研修室（予定）

平成２４年１０月６日（土）

時間	研修科目	講師
8：45～	受付	
9：15～	本日の研修のオリエンテーション	社団法人沖縄県介護福祉士会 事務局
9：20～10：30	講義１ 介護福祉士養成施設における新カリキュラムについて ～介護実習を踏まえたカリキュラムを中心に～	沖縄リハビリテーション 福祉学院専任教員 金城　要　先生
10：30～12：20	講義２ 介護保険施設における介護過程の展開について ～実習期間の中での介護過程展開計画の指導～	同　上 金城　要　先生
昼食（60 分）	昼食・休憩	
13：20～14：20	講義３ 実習指導計画の作成及び実習記録の対応について	沖縄リハビリテーション 福祉学院専任教員 渡慶次　司　先生
14：20～16：20	事例演習（グループワーク） ～ロールプレイから指導ポイントを考える～	同　上 渡慶次　司　先生 先生
16：20～16：50	各施設・事業所の情報交換会	本会事務局
16：50～17：00	本日の研修のまとめ・次回以降のお知らせ アンケート回収	本会事務局

＊プログラムの内容・講師等に関して変更の可能性がありますので予めご了承下さい。

＊プログラムの進行状況により適宜休憩を取ります。

平成２４年度　介護福祉士実習指導者フォローアップ研修（初任者）参加案内書

―　平成２４年１０月６日（土）―

1.　研　修　費　　沖縄県介護福祉士会正会員一人　　３，０００円（資料代込み）

〃　　非会員一人　　６，０００円（資料代込み）

2.　お申し込み方法

別紙申込書に必要事項をご記入のうえ、ＦＡＸまたは郵送・メールにてお申し込み下さい。

研修費については、参加申込後下記口座まで６日以内にお振り込み下さい。

振込領収書（受領証・振込入票）等は紛失なされないよう大切に保管して下さい。

振込手数料は申込者の負担となりますのでご了承下さい。

※通帳記帳の際に施設・団体名が印字されないことがありますので、施設・団体名で振込まれる場合は法人名を省いて施設・団体名のみ記入して下さい。

振込先口座番号・口座番号：ゆうちょ銀行

（加入者名）（社）沖縄県介護福祉士会　会長　城間　雅己

（口座記号）１７０３０

（口座番号）１１８４２９３１　　（振込手数料は各自でご負担下さい）

振込先金融機関：沖縄銀行　普通預金　　石嶺支店

（口座名義）（社）沖縄県介護福祉士会　会長　城間　雅己

（口座番号）１４４８８９４　　（振込手数料は各自でご負担下さい）

※　振込後の参加取り消しや欠席の場合、研修費の返金はできません。

3. 研修参加の確認方法

参加証の発送はいたしませんので、各事業者・会社・個人にて確認のご連絡を本会事務局まで入れてください。

4. お問い合わせ・申込書送付先

〒903-0804　沖縄県那覇市首里石嶺町４－３７３－１（沖縄県総合福祉センター内西棟４階）
社団法人　沖縄県介護福祉士会　　事務局
ＴＥＬ：０９８－８８７－３３４４　　ＦＡＸ：０９８－８８７－３３９１
Ｅ―ｍａｉｌ：okinawakaigo@woody.ocn.ne.jp
※　対応可能時間　12：00～17：00（月～金）※土・日・祝休み

5. 申込締切：定員になり次第締め切らせていただきます。（定員３０名）

6. 昼食のご案内

※　近くにレストラン等がございませんので、お弁当等の準備をおすすめいたします。

平成２４年度　介護福祉士フォローアップ研修（初任者）申込書

申込先　ＦＡＸ　０９８－８８７－３３９１　－　申込書送付先　―

〒903-0804
沖縄県那覇市首里石嶺町４－３７３－１
（沖縄県総合福祉センター内西棟４階）
社団法人　沖縄県介護福祉士会　事務局
TEL　098－887－3344

発信者職名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

発信者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（　**必要事項を記入または〇で囲んで下さい**　）

ふりがな 申込者名		領収書発行 職場名　　個人名
介護福祉士 登録番号	Ａ　・　Ｂ　・　Ｃ　・　Ｄ（　　） （　**養成学校卒業者はＡ・Ｂ・Ｃのいずれかを、国家試験取得者はＤを〇で囲んで下さい**　）	
日本介護福祉士会 会員番号	会員証の会員番号あるいはニュース発送時の住所ラベルの中の会員番号 ①（４７０　　）6 桁の数字です	
事業所名		
事業所	〒	
連絡先番号 職場	TEL　　FAX	
自宅住所	〒	
連絡先番号 自宅 携帯	TEL　　FAX TEL	

※ 介護福祉士登録番号・社団法人日本介護福祉士会会員番号を忘れずに記入して下さい。
（　**養成学校卒業者はＡ・Ｂ・Ｃのいずれかを、国家試験取得者はＤを〇で囲んで下さい**　）

＜研修会場案内図省略＞

インターネットにて「　沖縄県総合福祉センター　」で検索してお探し下さい。

※注 意点　　〇領収書発行は、10 月 6 日（土）の受付時に行います。

なお、正会員の方は、会員証・生涯研修手帳を忘れずに持参して下さい。

※　研修に関する個人情報は本会の生涯研修制度等の目的以外には使用いたしません。