

貴事業所での人材育成プランの一助になる資格研修です

R4 年度 実務者研修教員講習会

職員の資質向上、モチベーションアップにお役立てください！

後輩を指導する職員の資質・能力を保持するための知識や技能を身につけ、指導力の強化を図ることで事業所の人材育成の活性化を目的として行われています。

介護福祉士としての実務経験5年以上の方は実務者研修教員講習会を修了すると、実務者研修の専任教員（教務に関する主任者）および「介護過程 III」の担当教員になる資格が得られます。受講要件：介護福祉士としての実務経験5年以上

実務者研修教員講習会を受講するメリット

- ★人に教えるということはどういうことか理解できます。
- ★教育担当者としての資質・能力を保持するための知識や技能が身につきます。
- ★実務者研修の医療的ケア以外の科目を教えることができます。
- ★実務者研修の教務に関する主任者になることができます。
- ★人材不足対策の切り札になります。

詳しくはホームページで

<https://up-one.jp/jitumusyakyouin.html>



通学日程

※ 通学するのは下記の8日間です。

| 回数 | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 4回目 | 5回目 | 6回目 | 7回目 | 8回目 |
|----|------|------|-------|-------|-------|-------|-----|-----|
| 月日 | 12/3 | 12/4 | 12/10 | 12/17 | 12/18 | 12/24 | 1/7 | 1/8 |
| 曜日 | (土) | (日) | (土) | (土) | (日) | (土) | (土) | (日) |

受講料

55,000 円（税込み、資料代、テキスト代込み）

問い合わせ

ヒューマンケアスクール大分 TEL:097-529-7277

〒870-0026 大分市金池町2-14-23 担当 雪松

申込書 FAX: 097-529-7276

| | | | |
|------|--|-------|----------------|
| 希望教室 | <input checked="" type="checkbox"/> 実務者研修教員講習会 | | |
| フリガナ | | | 生年月日 |
| ご署名 | | | 昭和・平成 年 月 日 |
| ご住所 | 〒 | | ご連絡先 TEL 番号 |
| | | ご本人 | |
| 参加形態 | 1.職場からの派遣・参加 2.個人参加 | 受講動機 | |
| お勤め先 | | | 業務内容 |
| 保有資格 | 介護福祉士 | 取得年月日 | 年 月 日 |

大変恐縮ではございますが、今後ご案内の FAX が不要の場合は FAX 番号を記載の上ご返信ください。
よろしく申し上げます。 案内不要 FAX 番号：

実務者研修教員講習会

2015年の介護福祉士試験から実務経験3年以上の要件に加え、「実務者研修」の修了が必須となりました。実務者研修の実施期間「実務者養成施設」において、専任教員の一人は厚生労働省の定める「実務者研修教員講習会」を修了することなどが求められています（但し、介護教員研修会修了者は除く）。

また、本講習会は実務者研修の教員をする予定の無い方であっても、介護職員初任者研修等をはじめ、様々な場面で介護の講師を行う上で必要なスキル等の向上に繋がる内容となっております。

今回、当校にて、介護職育成並びに講師の質の向上のために、実務者研修教員講習会を全8日間（50時間）で開催します。

開催日程：令和4年12月3日（土）～1月8日（日）（全8日間）別紙参照

会場：〒870-0021

大分市府内町1-6-29 府内中央ビル2F 福祉の学び舎アップワン

対象者：講師要件（下記の項目のいずれか）を満たす方

- ① 介護福祉士の資格取得後、実務経験が5年以上
- ② 大学等の教授、准教授、助教、講師
- ③ 養成施設、福祉系高校（一般高等学校）での教歴が3年以上
- ④ 福祉系高校（特例高等学校）、実務者養成施設での教歴が5年以上

受講料：55,000円（税込み、資料代、テキスト代込み）

申し込み方法

： 申込書に必要事項を記載の上、郵送またはFAXにてお申込みください。

受講決定・受講料の納入方法

： 受講申込書の先着順で受講受付を行います。

受講決定者へ「受講決定通知書」を送付します。記載している振込先に受講料を納入してください。

*なお、原則入金後の返金はいたしません。

修了証

： 実務者研修教員講習会における全日程を修了した方は、「社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則第7条の2第1条ホ及び社会福祉士介護福祉士学校指定規則第7条の2第1号ホに規定する厚生労働大臣が定める基準」（平成23年厚生労働省告示第414号）に定める様式による実務者研修教員養成校集会修了証を交付致します。

問い合わせ先：ヒューマンケアスクール大分 担当：雪松

〒870-0026

大分市金池町2-14-23

TEL 097-529-7277

FAX 097-529-7276

実務者研修教員講習会 申込用紙

記入日 年 月 日

| | | | | |
|----------------|---------------------------------|-------------|--------------|--------------|
| フリガナ | | 男 ・ 女 | 生年月日 (年齢) | 年 月 日 満 才 |
| 氏名 | | | | |
| 住所 | 〒 - | | | |
| 電話番号 | 自宅 () 携帯 () | | | |
| 職務との関係 | 1. 職場から派遣・参加 2. 個人参加 3. その他 () | | | |
| 勤務先所在地 | | | | |
| 勤務先の名称等 | 名称： | | | |
| | 役職名： | | | |
| | 電話：() FAX：() | | | |
| 講師 資格 要件 | 資格名称 | 登録番号 | 取得年月日(西暦) | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | 勤務先名 | 業務内容 | 勤務時間 | |
| | | | ～ | |
| | | | ～ | |
| | | | ～ | |
| | | | ～ | |
| 講師 経 験 | 研 修 名 | | 経 験 | 年 カ月 |
| | | | | 年 カ月 |
| | | | 年 | 年 カ月 |
| | | | 数 | 年 カ月 |
| | その他・備考 | | | |