**令和３年度　介護福祉士基本研修　実施要項**

１．趣　　旨 　　公益社団法人日本介護福祉士会では、介護福祉士のキャリア形成に向けた生涯研修枠組みを体系づけ、その大きな三つの柱の一つとして、「介護福祉士基本研修（旧・介護福祉者研修）」を位置づけています。

一般社団法人千葉県介護福祉士会では、この研修体系に基づき、利用者の自立に向けて介護過程を展開し、根拠に基づく質の高い介護福祉が実践できる介護福祉士の養成を目的とし、「介護福祉士基本研修」を開催致します。

２．主　　催　　公益社団法人日本介護福祉士会／一般社団法人千葉県介護福祉士会

キャリアアップ委員会

３．日　　時　　１日目：　令和３年　６月　 ５日（土）　９：２０～１６：３０

 ２日目：　令和３年　６月　19日（土）　９：３０～１６：３０

 ３日目：　令和３年　６月 26日（土）　９：３０～１６：３０

４日目：　令和３年　７月 10日（土）　９：３０～１６：３０

４．受講対象　　・介護福祉士の実務経験２年未満である者

・介護福祉士取得者で介護福祉士基本研修（旧・介護福祉士初任者研修）を

受講していない者

５．研修内容　　別紙プログラムを参照

６．研修会場　　千葉県社会福祉センター　１日目　３階会議室　２～４日目　４階第１会議室

　　　　　　　　〒260-0026　千葉県千葉市中央区千葉港４－３

７．定員　　　　20名

８．受講費　　　会員14,000円　　非会員27,000円

　　　　　　　　（４日間受講料・テキスト代含む）

９．申込方法　　別紙申込書によりFAXまたは郵送で、千葉県介護福祉士会事務局へお申込みください。

なお、申し込み後、1週間以内に受講費を下記口座にお振込みください。

10．振込先　　　京葉銀行　本店営業部（普通預金）　口座番号　4207972

　　　　　　　　口座名　一般社団法人　千葉県介護福祉士会　代表理事

11．締切日　　　2021年5月20日（木）

12．修了証の発行　4日間のすべての受講が要件

※当会で、受講申込書の受付及び受講費の入金確認後、受講証を発行いたします。

※申し込み後、申込者のご都合により受講を取り消した場合は、原則として受講料は返却いたしません。

※昼食は、各自で準備をお願いします。（ゴミは持ち帰りになります）

※会場内の空調等に関しては微調整が困難なため、各自対応をお願します。

【お問い合わせ先】　一般社団法人　千葉県介護福祉士会事務局

　　　　　　　　　　〒260-0026　千葉県千葉市中央区千葉港4-3　千葉県社会福祉センター３階

 TEL：043-248-1451　FAX：043-248-1515

 　　　E -mail　kai5niji@poem.ocn.ne.jp

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **プログラム** |  |  |
|  |
|  |  | 令和　３年度 「介護福祉士基本研修」 |  |
|  | 　　 |  |  |  |
|  |  |  | 一般社団法人　千葉県介護福祉士会 |
| 日　　時 | 研　修　内　容 | 会　　場 |
| 1日目 | 6/5(土) | 9：20～9：30 | **オリエンテーション** | 千葉県社会福祉センター３階研修室 |
| 9：30～12：30 | **【介護過程を展開する前提として】**　　　・求められる介護福祉士像　　　・生活支援としての介護の視点　　　　 |
| 13：30～16：30 | 　　　・自立支援の考え方　　　・介護福祉士に求められる知識と技術 |
| 2日目 | 6/19(土) | 9：30～12：30 | **【介護過程の基本的理解** 】　　　・介護過程の意義と目的 | 千葉県社会福祉センター４階第１研修室 |
| 13：30～16：30 | 　　　・介護過程の具体的な展開　　　・介護過程とチームアプローチ |
| 3日目 | 6/26(土) | 9：30～12：30 | **【介護過程の展開の実際（演習）】** | 千葉県社会福祉センター４階第１研修室 |
| 13：30～16：30 |
| 4日目 | 7/10(土) |  9：30～12：30 | **【介護過程の展開の実際（演習）】** | 千葉県社会福祉センター４階第１研修室 |
| 13：30～16：30 |
| ※研修内容の日程が変更する場合があります。ご了承下さい。※研修開催において感染予防策を実施します。体調観察表の提出や検温・手指消毒のご協力をお願い致します。 |
|  |  |  |  |

（FAX番号　０４３－２４８－１５１５）

一般社団法人千葉県介護福祉士会

**令和　３年度**

**「介護福祉士基本研修」 受講申込書**

FAX送信日：令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男　・　女 |
| 申込者氏名 |  | 　年齢　　　　才 |
| 申込者住所連　絡　先* 自　宅
* 勤務先
 | 〒TELFAX携　帯勤務先名称 |
| 職　　種 |  |
| 介護福祉士登録年月日 | 　年　　　月　　　日 | 登　録番　号 | 第　　－　　　　号 |
| 試験合格年 | 　　　　　年　　（第　　　　回試験） |
| 養成校名 | 　　　年　　　月　卒業 |
| 日本介護福祉士会会員証番号（７ケタ） |  |
| 連　　　　　　　絡事　　　項　　　　等 |  |