

認定介護福祉士養成研修[Ⅰ類]

領域 リハビリテーションに関する領域 科目 自立に向けた生活をするための支援の実践

日時：2019年11/3(日) 9:00～17:00 (受付8:30～)
2019年12/14(土) 9:00～17:00 (受付8:30～)
2019年12/15(日) 9:00～17:00 (受付8:30～)

会場：三重県介護福祉士会 研修室 (津市栄町3丁目243 関権第3ビル2階2B)

目的 認定介護福祉士は、介護福祉士の資格取得後も継続的な教育機会を提供し、資質の向上を図り、社会的な要請に応じていくことを目的につくられた、介護福祉士のための仕組みです。

- 1・生活を支える専門職としての介護福祉士の資質を高め、
 - ①利用者のQOLの向上
 - ②介護と医療の連携強化と適切な役割分担の促進
 - ③地域包括ケアの推進 など
- 2・介護の根拠を言語化して他職種に説明し共有したり、他職種からの情報や助言の内容を適切に介護職チーム内で共有することで、他職種との連携内容をより適切に介護サービスに反映することに寄与する。
- 3・介護福祉士の資格取得後の継続的かつ広がりを持った現任研修の受講促進と資質の向上を図る。つまり、介護福祉士資格取得後も介護業界で努力し続け、継続的に自己研鑽する拠り所となる。

講師 塩津 裕康 氏 中部大学 生命健康科学部 作業療法学科 助教
佐野 佑樹 氏 有限会社ホワイト介護 長太の寄合所「くじら」

受講要件 『認定介護福祉士概論』『生活支援のための運動学』『生活支援のためのリハビリテーションの知識』 修了者

定員 30人 (定員になり次第締め切らせていただきます)

受講料 ■会員 16,500円 ■非会員 28,000円 ※当日徴収致します。釣銭のいらないようにご協力お願い致します。

修了条件 研修ごとに評価試験や課題レポート等があり、それぞれの研修による修了評価に合格すること。修了者には修了証を発行いたします。
※修了証を紛失した場合、再発行手数料1,000円を徴収させていただきます。

申込方法 別紙「参加申込書」に必要事項をご記入の上、事務局までFAX又は郵送にてお申込みください。※受講票を発行いたします。申込締切 2019/10/3 (木)

問合せ先 一般社団法人三重県介護福祉士会 認定介護福祉士実行委員会 事務局
〒514-0004 津市栄町3丁目243 関権第3ビル602号室
TEL 059-264-7741 FAX 059-264-7742

2019 年度 認定介護福祉士養成研修 [I類] 参加申込書

領 域 リハビリテーションに関する領域 科 目 自立に向けた生活をするための支援の実践 期 日 2019 年 11 月 3 日(日)・12 月 14 日 (土)・15 日 (日)	
ふりがな ----- 氏 名	男()・女() 生年月日 [昭和・平成] 年 月 日
() 会 員 (会員番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) ※数字は左詰めでご記入ください。 () 非会員 (一般社団法人 三重県介護福祉士会に入会する) ※入会申込書を後日郵送致します () 非会員 (一般社団法人 三重県介護福祉士会に入会しない)	
自 宅	住所 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 市 ----- ----- 電話 - - FAX - - 携帯 - -
勤務先	名称 [] 職種 [] 住所 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 市 ----- ----- 電話 - - FAX - -
受講票等の送付先	自宅 () ・ 職場 ()
介護福祉士登録年月日	年 月 日
登 録 番 号	第 - 号
ファーストステップ研修	修 了 () ・ 未修了 ()

※ () 内はあてはまるものに○をつけてください。