

令和元年度 社会福祉法人監事研修

開催要領

【目 的】 社会福祉法人を取り巻く情勢や期待される役割を理解し、監事としての役割と責任を再確認するとともに、監査に必要な基礎知識を身につけることを目的に開催する。

【目 標】 ① 社会福祉法人の監事としての役割を理解する
② 業務監査・会計監査のポイントを理解し、監査を行ううえで必要な基礎知識を習得する

【主 催】 兵庫県福祉人材研修センター（兵庫県社会福祉協議会）

【日 時】

コース	日程	時間
A	8月6日（火）	10：20～16：30
B	8月9日（金）	

【会 場】

コース	会場
A	兵庫県福祉人材研修センター 3階 研修室 AB
B	

【受講対象】

県内社会福祉法人の監事

※監事に代わり、理事長、理事、施設長、事務局長等のご受講も可能です

ただし、申込者多数の場合は、監事の方の参加を優先させていただきます

【受講定員】

定員 各コース100名（原則、先着順）

※申込状況によっては、締切日前でも定員を超えた場合は受付を終了する場合があります

【受講料】

9,100円

【申込締切】

令和元年 7月16日（火）必着（A・Bコース共通）

※各コース、定員に達するまで申込を受け付けます。

【申込方法】

研修センターホームページの「研修の検索&お申込み」からホームページ上でお申込みください。

ホームページ上でお申込された場合、申込確認のメールが返送されますので、必ずご確認ください。

FAXでお申込みされる場合は、別紙の受講申込書に必要事項をご記入のうえ送信ください。

その場合、必ずFAXの到着確認の電話をお願いします。

【受講決定】

* 受講の可否は、申込者本人に受講決定通知にてお知らせします。

* ホームページで申込みの場合も、受講決定通知は郵送でお知らせしますのでご注意ください。

* 受講料は、受講決定通知時に同封する払込用紙にて、期限までに郵便局でお支払い願います。

【キャンセルについて】

* 7月30日（火）までにキャンセルされる場合は、受講料を返金します。

* 上記期限を過ぎてキャンセルされる場合は、受講料を返金いたしません。研修資料の送付をもって代えさせていただきます。

【講師】

三宅 由佳氏（一般財団法人 総合福祉研究会、三宅由佳税理士事務所）

【プログラム】（※A・Bコース同じ内容になります）

時間	研修科目	研修内容
10：20	開講／オリエンテーション	
10：30 ～ 12：00	【講義】 「社会福祉法人を取り巻く情勢と監事の役割」	1 社会福祉法人制度改革に伴う社会福祉法人の財務規律 2 法人監事の権限と義務 （監事が知っておくべき法令等） 3 最新情報
12：00	昼食	
13：00 ～ 14：30	【講義】 「業務監査の実際」	1 兵庫県「社会福祉法人の監事の手引き（平成31年2月）」概要説明 2 業務監査における視点とチェックポイント
14：30	休憩	
14：45 ～ 16：30	【講義・演習】 「会計監査の進め方」	1 会計監査における視点とチェックポイント 2 計算書類の見方
16：30	閉講／アンケート記入	

【その他】

- * 近隣の飲食店は混雑が予想されますので、昼食は持参されることをお勧めします。
- * 欠席・遅刻等の場合は、必ず事前にご連絡をお願いいたします。
- * 駐車場はありませんので、会場へは公共交通機関をご利用の上、お越しください。
- * 空調設備の微調整が難しいため、着脱して体温調整が可能な服装でお越しください。
- * 天候の状況等により研修を延期・中止する場合は、前日午後6時に福祉人材研修センターホームページ（<https://hfkensyu.com/>）でその旨お知らせします。

【会場】兵庫県福祉人材研修センター（Aコース・Bコース共通）

〒650-0004 神戸市中央区中山手通 7-28-33



- 神戸市営地下鉄大倉山駅から徒歩7分
- 阪急電鉄花隈駅から徒歩7分
- 阪神西元町駅から徒歩約12分
- JR元町駅・神戸駅から徒歩約16分



〔兵庫県福祉人材研修センター 概観〕

【申込・問合せ先】

兵庫県社会福祉協議会 福祉人材研修センター 研修第1部（宿院・濱田）

〒650-0004 神戸市中央区中山手通 7-28-33 兵庫県福祉人材研修センター

TEL：078-367-3001 / FAX：078-367-4522

URL：<https://hfkensyu.com/>

令和元年度 社会福祉法人監事研修 受講申込書

■申込者情報 ※受講決定通知を送付する先となります。

(令和元年7月1日現在)

法人名			
施設・事業所名			
ふりがな			
申込担当者名			
住 所	〒		
TEL		FAX	
E-mail			

■受講者情報

ふりがな				推薦順位
氏 名				推薦順位 / 申込総数 /
性 別	1. 男 2. 女	年齢層	歳代	
勤務先住所	※申込者情報に記載住所と同じ場合は記入不要 〒			
福祉関係業務の 通算経験年数	年	職 名		
施設種別 (受講者が所属する 種別を一つ選択 してください)	児童	1. 児童養護施設 2. 乳児院 3. 母子生活支援施設 4. 保育所 5. 認定こども園 6. 障害児施設(入所・通所)		
	障害	7. 施設入所支援 8. 共同生活介護 9. 生活介護 10. 共同生活援助 11. 就労移行・就労継続 12. 地域活動支援センター 13. 相談支援事業所		
	高齢	14. 特別養護老人ホーム 15. 養護老人ホーム 16. デイサービスセンター 17. 居宅介護支援 18. 地域包括支援センター		
	その他	19. 社会福祉協議会 20. 救護施設 21. その他 ()		
希望コース (「○」をしてください)	Aコース (8月6日)	Bコース (8月9日)	コース変更の可否 可 ・ 否	
研修で学びたい事項	当研修で学びたい事項を箇条書きで3つ程度ご記入ください。			
備考欄				

* 該当する事項・番号に○をつけていただくか、直接ご記入をお願いします。

* 優先順位は1事業所で2名以上お申込みの場合のみご記入ください。なお、2名以上お申込みの場合は、申込書をコピーいただき、1人につき1枚ご記入ください。

※個人情報保護法施行に基づく取り扱い

- (1) 「受講申込書」に記載された個人情報は、本研修業務の運営以外の目的で使用するのではなく、また、その管理については、兵庫県社会福祉協議会「個人情報保護規程」に基づき適正に行い、無断で第三者に提供することはありません。
- (2) 演習等への活用及び参加者相互の情報交換、交流を円滑に行うことを目的として、氏名、所属名(事業所名・事業種別)を記載した「受講者名簿」を作成し、当日受講者に配付します。