

令和2年度 栄養士・調理師研修 開催要領

1. 目的

社会福祉施設で勤務する栄養士・調理師として、自らの専門性をより発揮しながら、利用者の生活を支えていくための知識を学ぶことを目的に開催する。

2. 目標

- ①利用者一人ひとりの生活の基盤となる「食」の重要性を理解し、利用者に適切な食を提供するための最新知識を学び、栄養士・調理師の役割を理解する。
- ②利用者の心身に合わせた食事提供に向けて、多職種・地域と連携・協働を図るために必要な視点と方法を学ぶ。

3. 主催

兵庫県社会福祉協議会 福祉人材研修センター

4. 後援（予定）

公益社団法人兵庫県栄養士会

5. 日時

| 日 程 | 時 間 |
|---------|-------------|
| 2月8日（月） | 10:20～16:30 |

6. 会場

兵庫県福祉人材研修センター 3階 研修室3AB（神戸市中央区中山手通7-28-33）
（※会場へのアクセスは、当研修センターホームページをご確認ください）

7. 受講対象

社会福祉施設（県内）に勤務する栄養士、調理師など栄養管理や給食に携わる職員

8. 受講定員

定員60名（原則、先着順）

9. 申込締切日

令和3年1月26日（火）締切

10. 受講料

4,200円（受講決定通知時に払込用紙を同封）

11. 日程表

| 研修科目 | | 研修内容 |
|---------------------|---|--|
| 10:20 | 開講／オリエンテーション | (9:30～受付開始) |
| 10:30 ～ 12:00 | 【講義】 「感染症・食中毒予防を踏まえた食の健康と衛生管理」 講師：県健康福祉部健康局生活衛生課 食の安全安心推進班班長 小笠原 智佐代 氏 | ・栄養支援と食を巡る情勢 ・社会福祉施設における栄養士・調理師の役割 ・新型コロナウイルスを含む感染症予防と衛生管理、緊急時の対応 |
| 休 憩 | | |
| 13:00 ～ 14:40 | 【導入～実践報告・質疑応答】 「福祉施設における「食」のこれからを考える」 <実践報告者> [25分×3名] ・高齢分野 社会福祉法人やすらぎ福祉会 特別養護老人ホームひよどりホーム 管理栄養士 左川 整子 氏 ・障害分野 社会福祉法人新緑福祉会 グリーンホーム平成 主任栄養士 齋藤 久三子 氏 ・児童・保育分野 社会福祉法人正蓮寺静蔭学園 正蓮寺こども園 栄養士 豊島 潮美 氏 <コーディネーター> 県食の安全安心推進班班長 小笠原 智佐代 氏 | ① 栄養管理・食提供に関する取組 ・特徴のある取り組み ・感染症対策など ② 多職種協働の取組 ③ 現状、課題及び今後の取組 |
| 休 憩 | | |
| 14:50 ～ 16:30 | 【グループ討議・発表】 実践報告を踏まえ、次のことに関してグループ内で話し合う。 ① 発表を聞いた感想・意見（同種別、他種別の両方の取組みからの気づき） ② 日常業務への対応と今後の対応に生かせそうなこと | |
| 16:30 | 閉講／アンケート記入 | |

12. 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」からお申込みください。

(申込を受信した場合は、送信いただいたアドレスに「申込確認メール」を自動送信します。)

※ ホームページからの申し込みが困難な場合には、FAXでも受け付けます。
 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。なおその際、必ず電話でFAXの受信を確認してください。

13. 受講決定

事業所宛に受講決定通知を郵送します。(注)受講決定後のキャンセルはできません。

14. その他

① 今後の新型コロナウイルスの感染状況によっては、研修を延期または中止せざるを得ない場合があります。あらかじめご承知おさください。なお、関連情報についてはその都度、当研修センターのホームページでお知らせしますので、各自で確認願います。

- ② 研修中止の場合、受講料を返金いたします。(振込手数料：受講者負担)
- ③ 研修当日、近隣の飲食店は混雑が予想されますので、昼食の持参をお勧めします。
- ④ 会場へは公共交通機関をご利用の上、お越しく下さい。(駐車場はありません)

【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
 〒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2年度 栄養士・調理師研修 受講申込書 (FAX用)

できる限り研修センターホームページ「研修の検索&お申込み」からの申込みをお願いします。
(令和3年1月1日現在)

| | | | | |
|---|---------------------------------------|---|--|--|
| 推薦順位 (1事業所で2名以上 申込みの場合のみ) | 推薦順位 | 申込者数 | | |
| フリガナ | | | | |
| 氏名 | | | | |
| 法人名 | | | | |
| 施設・事業所名 | | | | |
| 施設等住所 (受講決定送付先) | (〒) | | | |
| 年齢 (いずれかに○印) | ・ 10代 ・ 20代 ・ 30代 ・ 40代 ・ 50代 ・ 60歳以上 | | | |
| 当該業務の 通算経験年数 | 年 | 職名 | | |
| 施設種別 (所属する施設等の 種別を1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. 行政 22. その他 () | | |
| この研修で 学びたい事項 (箇条書きで 3項目程度) | | | | |
| その他特記事項 | | | | |
| 連絡先 | フリガナ | TEL | | |
| | 担当者名 | FAX | | |
| | | E-mail | | |

* 1事業所2名以上お申込みの場合は、受講申込者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ことはない、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。