令和3年度

コーチング研修

～人と組織を動かすコミュニケーション技法～

開催要領

※本研修は兵庫県保育士等キャリアアップ研修(マネジメント②④)として実施予定です。

1　目的

管理職、指導的職員が、リーダーに求められる役割及び組織の課題把握とその解決方法を学ぶことで、チームのマネジメント力を高めることを目的として開催します。

2　目標

①メンバー育成の方法としてコーチングの基本的な考え方と実践ポイントを身につける
②自らのキャリアアップに向けた実践目標を設定する

3　主催

兵庫県社会福祉協議会　福祉人材研修センター

4　日時

コース	日　程	時　間
A	6月29日（火）	１０：２０～１６：３０
B	8月　4日（水）	

5　会場

オンラインにて実施
※Zoom を使用予定。詳細は、受講決定時にお知らせします。
※受講者おひとりにつき、１台の端末(１アカウント)をご用意ください。

6　受講対象

県内の社会福祉施設・事業所で勤務する管理職（例：施設長・社協事務局長、部課長・部門管理者など)、指導的職員（例：係長や主任、ユニットリーダーなど）

7　講師

株式会社ふくなかまジャパン 代表取締役社長　眞辺 一範 氏

8　受講定員

各コース　定員９０名（原則、先着順）

9　受講料

６，２００円

10　日程表

時間	研修科目	研修内容
10：20	開講／オリエンテーション	（9：30～入室開始）
10：30 ～ 12：00	【講義・演習】 「チームメンバーの育成に必要な基本的な考え方 ～コーチングとその基本姿勢～」	・OJT とコーチングの概念・基本姿勢 ・コーチングに必要な基本スキル
12：00	昼食休憩	
13：00 ～ 16：00	【講義・演習】 「育ち合うチームづくりとコーチングの実践」	・ロールプレイを通したチームメンバーへの コーチング
16：00 ～ 16：30	【まとめ・振り返り】 「今後の行動計画を立てる」	
16：30	閉講／アンケート記入	

11　申込締切日

Ａコース：令和３年　６月　７日（月）締切
Ｂコース：令和３年　７月１３日（火）締切
※定員に余裕がある場合は、引き続き募集を行います。

12　申込方法

- 申込にあたっては、当研修センターが定める「研修実施方針」「研修受講ルール」が適用されますので、あらかじめ内容をご確認ください。申込完了した場合は、これらに同意いただいたものとして取り扱います
- 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、入力されたメールアドレスに「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。
- ホームページでご入力いただいた申込者情報（法人・事業所情報）は、次回の研修申込時に自動で入力されるため、便利です。

13　受講決定

- 受講の可否は、申込事業所宛に受講決定通知（文書）を郵送してお知らせします。
- 受講料は、受講決定通知時に同封の払込用紙にて、期限までに郵便局でお支払い願います。

14　キャンセル

- お申し込み後にキャンセルされる場合は、下記までご連絡ください。

【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　研修企画部
〒650-0004　神戸市中央区中山手通 7-28-33
ＴＥＬ：078-367-3001／ＦＡＸ：078-367-4522／ＵＲＬ：https://hfkensyu.com/

【「研修実施基本方針」「研修受講ルール」をご確認ください】

兵庫県福祉人材研修センター（以下、研修センター）では、研修運営にあたって少しでも安心してご受講いただけるよう、下記のとおり「研修実施基本方針」・「研修受講ルール」を定めて運営しています。

ご受講にあたっては、下記の「基本方針・受講ルール」が適用されますので、ご同意のうえ、お申し込みください。詳細は、当研修センターホームページをご確認ください。

QR コードリーダー対応のスマートフォン等をお使いの方は、下記 QR コードを読み込むとホームページへアクセスが可能です

【研修実施基本方針】

【研修受講ルール】

【研修センターにおける新型コロナウイルス感染拡大防止対策】

研修センターでは、兵庫県の「新型コロナウイルス感染症に係る兵庫県対処方針」を踏まえ、皆様に少しでも安心してご受講いただけるよう対応方針を定め対策を講じております。詳細は、当研修センターホームページをご確認ください。

QR コードリーダー対応のスマートフォン等をお使いの方は、
下記 QR コードを読み込むとホームページへアクセスが可能です

令和３年　　月　　日

コーチング研修 受講申込書

■下記の項目に必要事項をご記入ください。　　（令和３年６月１日現在）

推薦順位	希望コース（いずれかに○印）			コース変更の可否
推薦順位／申込総数 ／	Aコース （6月29日）	Bコース （8月4日）		可　・　否

フリガナ			
氏　名			
法人名			
施設・事業所名			
郵便番号	〒		
住　所	※受講決定書をお送りする先になります		
年齢層 （いずれかに○印）	・10 歳代　・20 歳代　・30 歳代　・40 歳代　・50 歳代　・60 歳以上		
当該業務の 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（　　）	
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。		

連絡先	フリガナ		ＴＥＬ	
	担当者名		ＦＡＸ	
			E-mail	

保育士キャリアアップ研修として受講さる方は記入してください	生年月日（西暦）	年　月　日	保育士証登録番号 （保育士資格所有者のみ）	（例：兵庫県○○○○○○） 県

＊　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。

＊　保育士キャリアアップ研修として受講される方は、兵庫県が他の都道府県及び市町村に対し、研修修了者名簿に記載する情報を必要に応じて提供しますので、同意される方のみ申し込みをお願いします。

※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。