

# 社会福祉法人監事研修 開催要領

## 1 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。

## 2 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

## 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

令和4年2月3日（木） 10:20～16:30

## 5 会場

兵庫県社会福祉協議会 福祉人材研修センター 3階研修室（神戸市中央区中山手通7-28-33）  
※新型コロナウイルス感染症の状況によっては、オンライン（Zoom）での実施に変更する場合があります

## 6 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。

## 7 受講定員

100名（原則、先着順）

## 8 受講料

9,300円（受講決定通知時に払込用紙を同封）

## 9 申込締切日

1月14日（金）

## 10 講師

三宅 由佳 氏（一般社団法人福祉経営管理実践研究会、三宅由佳税理士事務所）

## 11 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	
10:30 ～ 12:00	【講義・演習】 「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で求められたこと 2 社会福祉法の概要 3 法人監事の権限と義務（監事が知っておくべき法令等） 4 兵庫県内の不適切事例検討
	昼食	
13:00 ～ 14:30	【講義・演習】 「監査の実際」（業務監査を中心に）	1 指導監査ガイドラインの概要 2 監事監査規程の検討 3 業務監査における視点とチェックポイント
	休憩	
14:45 ～ 16:30	【講義・演習】 「監査の実際」（会計監査を中心に）	1 会計監査における視点とチェックポイント 2 モデル経理規程の見直し 3 計算書類の見方 4 （参考）社会福祉法人に今後求められていくこと
16:30	閉講／アンケート記入	

## 12 申込方法

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 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

- ① 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。
- ② 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。

**【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。

※それぞれのQRコードを読み込むと、  
ホームページ内の各ページへアクセスが可能です

**【感染防止対策】**



## 令和3年度 社会福祉法人監事研修 受講申込書

■下記の項目に必要な事項をご記入ください。

(令和3年12月1日現在)

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 通算経過年数	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 ( )	
この研修で 学びたい事項 (箇条書きで 3項目程度) 【必須】			
連絡先	フリガナ	TEL	
	担当者名	FAX	
		E-mail 【必須】	
備考欄	上記以外で、研修受講時に配慮等が必要な事項がある場合は、この欄にご記入ください。		

\* 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  
「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。