

人が育ち、自分も伸びるリーダーシップ研修 ～信頼され安心感を与えるリーダーになるためのポイント～ 開催要項

管理職
指導的職員

1日（4時間）

オンライン

※本研修は兵庫県保育士等キャリアアップ（マネジメント①、②、③）として実施予定です。

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ます。

目 標

- ① リーダーとしての基本的役割と求められる責務・能力を理解する
- ② 組織における課題を把握し、その改善に向けた方策を考える力を身につける

日 程

Aコース：6月12日（月）9：50～15：00
Bコース：9月20日（水）9：50～15：00

定 員

各 90 名

開催形態

オンライン（Zoom）※ 原則受講者おひとりにつき1台の端末をご用意ください。

受講対象

県内の社会福祉施設・事業所で勤務する管理職・現場リーダー（係長や主任等）

申込締切日

Aコース：令和5年5月29日（月）
Bコース：令和5年9月6日（水）

受講料

6,200 円

申込・問合せ

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

研修科目／講師		研修内容
9:50	開講あいさつ／オリエンテーション	
10:00 ～ 12:00	【講義】 「求められるリーダーシップとは ～その視点と役割～」	1 質の高い利用者支援に求められるリーダーの能力と行動 2 4つのマネジメント推進とリーダーの役割 3 福祉職場の現状把握
昼食休憩		
13:00 ～ 14:50	【演習】 「リーダーとして職場の課題と いかに向き合い、対処するか」	1 各職場で抱える問題や改善するべき点の討議 2 リーダーとしての実行プロセス 3 業務を改善する行動計画づくり
14:50 ～ 15:00	【まとめ・講評】 「明日からの実践に向けて」	
15:00	閉講	

申込方法及び受講決定

- ① 申込にあたっては、当研修センターが定める「研修実施基本方針」「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。申込が完了した場合は、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。入力されたメールアドレスに「申込確認メール」が返送されますので、必ずご確認ください。
- ③ 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。
- ④ 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。
- ⑤ 申込後のキャンセルを希望される場合は、研修企画部までご連絡ください。

その他

申込が完了した場合は、下記に同意いただいたものとして取り扱います。

- ・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、当日受講者に配布します。

【「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。

※それぞれの二次元バー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

【研修実施基本方針】



【研修受講ルール】



※できる限りホームページからのお申込みをお願いいたします。

令和5年度 人が育ち、自分も伸びるリーダーシップ研修 受講申込書（FAX 用）

■下記の項目に必要な事項をご記入ください。

（令和5年4月1日現在）

コース選択 (いずれかに○印)	Aコース（6月12日）		Bコース（9月20日）	
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 居宅介護 8 重度訪問介護 9 同行援護 10 行動援護 11 短期入所 12 療養介護 13 生活介護 14 自立訓練 15 就労移行・就労継続 16 共同生活援助 17 施設入所支援 18 相談支援 19 移動支援 20 福祉ホーム 21 地域活動支援センター		
	高齢	22 養護老人ホーム 23 特別養護老人ホーム 24 軽費老人ホーム 25 老人福祉センター 26 デイサービスセンター 27 短期入所 28 在宅介護支援センター 29 老人保健施設 30 介護療養型医療施設・介護医療院 31 有料老人ホーム 32 居宅介護支援 33 認知症対応型共同生活介護 34 地域包括支援センター 35 小規模多機能型居宅介護事業所		
	その他	36 社会福祉協議会 37 救護施設 38 行政 39 その他 ()		
この研修で 学びたい事項 (簡条書きで3項目程度) 【必須】				
連絡先	フリガナ			
	担当者名		TEL	
			FAX	
E-mail 【必須】	上記 E-mail アドレスを「兵庫県福祉人材研修センターメールマガジン」へ登録します。登録を希望しない場合は下記にチェックを入れてください。 ☐ メールマガジンへの登録を希望しません			
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。			

FAX 送信先: 078-367-4522（兵庫県福祉人材研修センター）

※できる限りホームページからのお申込みをお願いいたします。

令和5年度 人が育ち、自分も伸びるリーダーシップ研修 受講申込書（FAX 用）

■下記の項目に必要な事項をご記入ください。

（令和5年4月1日現在）

コース選択 (いずれかに○印)	Aコース（6月12日）		Bコース（9月20日）	
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 居宅介護 8 重度訪問介護 9 同行援護 10 行動援護 11 短期入所 12 療養介護 13 生活介護 14 自立訓練 15 就労移行・就労継続 16 共同生活援助 17 施設入所支援 18 相談支援 19 移動支援 20 福祉ホーム 21 地域活動支援センター		
	高 齢	22 養護老人ホーム 23 特別養護老人ホーム 24 軽費老人ホーム 25 老人福祉センター 26 デイサービスセンター 27 短期入所 28 在宅介護支援センター 29 老人保健施設 30 介護療養型医療施設・介護医療院 31 有料老人ホーム 32 居宅介護支援 33 認知症対応型共同生活介護 34 地域包括支援センター 35 小規模多機能型居宅介護事業所		
	そ の 他	36 社会福祉協議会 37 救護施設 38 行政 39 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			
	担当者名		TEL	
	E-mail 【必須】		FAX	
メールマガジン 登録	連絡先 E-mail を「兵庫県福祉人材研修センターメールマガジン」へ登録を希望される方は、 下記にチェックを入れてください。 ☐ メールマガジンへの登録を希望します			
保育士キャ リアアップ 研修として 受講される 方は記入し てください	生年月日 (西暦)		保育士証 登録番号 (保育士資格 所有者のみ)	(例：兵庫県○○○○○○○) 県
職種				
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。			

FAX 送信先: 078-367-4522（兵庫県福祉人材研修センター）

申込キャンセル申出書

記入日: 令和 年 月 日

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 御中

研修受講申込を行った下記の者について、申込をキャンセルしたいので申出します。

申込研修名			
施設・事業所名			
受講者氏名		受講番号	
連絡先 TEL			
キャンセル理由			

※ 「研修受講ルール」に基づき、研修日前日までに必要事項を記入のうえ、当研修センター宛 FAX(もしくは Eメール)にてご連絡ください。

※ なお、研修日当日の欠席はキャンセル扱いとはなりません(返金対象となりません)。

(返金口座記入欄) ※受講料未納付の場合、下記の記入は不要です。

金融機関名							
支店名							
種別		普通 ・ 当座					
口座 名義	フリガナ						
	口座 名義人						
口座番号							

※ 振込手数料を差し引いた額を返金します。

※ 口座名義は、払込時の名義でお願いします。

※ ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、通帳見開き下部に記載してある振込用の店名・預金種目・口座番号(7ケタ)を記入してください。

FAX 送信先 : 078-367-4522

Eメール送信先 : kensyu@hyogo-wel.or.jp

※FAX(Eメール)を送信された後、到着確認のお電話をお願いします(電話:078-367-3001)

※申出書の到着確認のお電話をもって、キャンセル受付完了となります。