

研修番号 A：20 B：21	福祉従事者新任職員研修(障害者福祉) 開催要項	新任
		1日
		集合/オンライン

## 目的

社会、地域における障害福祉施設の役割及び利用者の生活を支えるうえで求められる基本的姿勢・視点を理解するとともに、施設での実践に向け意欲を高めることを目的とします。

## 目標

- ① 社会、地域における障害福祉施設の役割を理解する
- ② 利用者の尊厳や主体性を保持した支援に向けた姿勢・視点を理解する
- ③ 自身の支援観を深めるヒントを得て、日々の実践に向け意欲を高める

## 日程

Aコース：5月27日(月) 10:15~16:40  
Bコース：6月24日(月) 10:15~16:40

## 定員

各80名

## 会場

Aコース：兵庫県福祉人材研修センター（神戸市中央区中山手通7-28-33）  
Bコース：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

令和6年4月1日現在、県内の障害福祉施設、事業所に勤務する職員で、下記①②のいずれかにあてはまる者

- ① 在職期間1年未満の者
- ② 在職期間2年未満で昨年度本会主催の新任職員研修を受講していない者

## 申込締切日

Aコース：5月8日(水)  
Bコース：6月3日(月)

## 受講料

4,800円(課税)  
(受講決定通知時に適格請求書(インボイス)を同封します)

## お申込み・問合せ先

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

## プログラム

	研修科目／講師	研修内容
10:15	開講あいさつ／オリエンテーション	
10:30 ～ 12:00	<b>【講義】</b> 「利用者の生活を支える 障害福祉施設職員の役割と専門性」 <講師> 武庫川女子大学 心理・社会福祉学部 准教授 増田 和高氏	1 障害者福祉を取り巻く情勢 2 利用者主体の支援とは 3 地域生活移行と地域 4 障害福祉施設職員に求められる 役割と専門性
	昼食休憩	
13:00 ～ 16:30	<b>【演習】</b> 「私が目指す職員像 ～当事者・先輩職員の声を聴いて～」 <スピーカー> A：地域活動支援センター「うらら」 小西 貴男氏 B：調整中 <先輩職員> A：社会福祉法人愛心福祉会 愛心園 花房 陽平 氏 B：社会福祉法人福成会 塚口福成園 永井 嘉寿馬 氏 <コーディネーター> 社会福祉法人 西宮市社会福祉協議会 共生のまちづくり研究研修所 所長 北野 誠一氏	1 利用者の視点にたった支援視点を獲得 2 今後の実践における目標設定
16:30	振り返り／行動目標の設定	
16:40	閉講	

## お申込み方法及び受講決定

- ① お申込みにあたっては、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。お申込みが完了した場合は、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当研修申込フォームに必要事項を入力し、お申込みください。入力されたメールアドレスに「完了通知メール」が返送されますので、必ずご確認ください。
- ③ 受講の決定は、申込締切日後、申込事業所宛に通知（文書）を郵送してお知らせします。
- ④ 受講料は、決定通知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 お申込み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

お申込みが完了した場合は、下記に同意いただいたものとして取り扱います。

- ① 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。
- ②（Bコースのみ）事務局記録用・欠席者対応として、研修の画面収録をいたします（講義・発表部分のみ）。

## 【「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、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6年 月 日

## 令和6年度 福祉従事者新任職員研修(障害者福祉)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6年5月1日現在)

参加方法 (いずれかに○印)	Aコース (集合形式)		Bコース (オンライン形式)	
受講者氏名			フリガナ	
法人名				
勤務先名称 (施設・事業所名)				
勤務先住所 (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			
福祉通算 経験年数	年	役職名		
担当業務			担当業務 経験年数	年
所持資格 (担当業務に関するもの)				
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)	1 居宅介護 5 短期入所 9 就労移行・就労継続 12 相談支援 16 その他 ( )	2 重度訪問介護 6 療養介護	3 同行援護 7 生活介護 10 共同生活援助 14 福祉ホーム	4 行動援護 8 自立訓練 11 施設入所支援 15 地域活動支援センター
この研修で 学びたい事項 (箇条書きで3項目程度) <b>【必須】</b>				
連絡先	フリガナ			
	担当者名			TEL
				FAX
E-mail <b>【必須】</b>				
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。 <input type="checkbox"/> メールマガジンへの登録を希望します			
受講後フォロー アンケートの 意向確認 <b>【必須】</b>	終了3カ月後をめぐりに「受講後フォローアンケート」を上記の E-mail アドレスに送信します (回答時間は5分程度を想定)。回答への協力が難しい方は、下記にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 「受講後フォローアンケート」への回答を辞退します。			
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。			

※ 受講申込者1人につき1枚ご記入ください。

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](mailto: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。