

研修番号	栄養士・調理師研修 開催要項	栄養士 調理師
42		1日
		集合

目的

福祉施設に勤務する栄養士・調理師として、自らの専門性をさらに高めるための知識などを学ぶとともに、多職種連携における視点から、利用者の生活を食事面から支えていくために必要な視点や方策を学ぶことを目的に開催します。

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、地域や多職種と連携を図るために必要な視点や方策を学ぶ

日程

令和7年2月6日（木） 10：20～16：40

定員

80名

後援

公益社団法人兵庫県栄養士会（予定）

会場

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）

受講対象

県内の社会福祉施設・事業所に勤務する栄養士、調理師など栄養管理や給食に携わる職員

申込締切日

1月6日（月）

受講料

4,800円（非課税）

（受講決定通知時に払込用紙を同封します）

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。

プログラム

	研修科目	研修内容
10:20	開講／オリエンテーション	(受付開始 9:30～)
10:30 ～ 12:00	【講義】 「今の時代に求められる栄養士の役割」 兵庫県保健医療部 健康増進課 保健・栄養指導班(栄養・食育担当) 主幹 信木 由紀子 氏	1 栄養支援と食を巡る情勢 2 社会福祉施設における栄養士・調理師の役割 3 地域連携や多職種連携の必要性
12:00	昼食休憩	
13:00 ～ 16:30	【実践報告・グループ討議】 「利用者の生活を食で支える」 <実践報告者> 高齢 独立行政法人地域医療機能推進機構 神戸中央病院附属介護老人保健施設 管理栄養士 岸野 三枝子 氏 障害 社会福祉法人宝塚さざんか福祉会 宝塚あしたば園 管理栄養士 藪内 一美 氏 保育・児童 社会福祉法人夢工房 夢の園保育園 栄養士 矢田 梢 氏 <進行> 兵庫県栄養士会 副会長 中森 良子 氏	1 各組織での食に関する取り組みや工夫 2 取り組みを進めるための多職種との連携や協働する際の視点やポイント
16:30	振り返り／行動目標の設定	
16:40	閉講	

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。
 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。

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

【「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、本センターホームページから申込みをお願いします。

令和 年 月 日

令和6年度栄養士・調理師研修 受講申込書 (FAX 用)

■下記の項目に必要事項をご記入ください。

(令和7年1月1日現在)

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)	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	
				FAX	
E-mail 【必須】					
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【必須】	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、払込時の名義をお願いします。

※ 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。