

研修番号 38	チーム力を高める ファシリテーション研修 開催要項	中堅
		1日
		集合

目的

社会福祉施設・事業所でファシリテーションを実践する立場にある職員に必要な、個人やチーム内におけるコミュニケーション力やファシリテーション技術を高める方法を学ぶとともに、効率的・効果的な会議やミーティングの場の運営方法を習得する。

目標

- ① ファシリテーションに必要な視点を理解する
- ② チーム力を高める日常の会議やミーティング等の運営の進め方とスキルを習得する

日程

7月8日（火） 10：20～16：40

定員

80人

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

県内社会福祉法人の施設・事業所に勤務する職員で、原則としてチームアプローチを進める立場にあるチームリーダー（係長や主任等）や中堅職員（概ね経験年数3年以上の職員）

申込締切日

6月9日（月）

受講料

6,200円（非課税）
（受講決定通知時に払込用紙を同封します）

講師

眞辺 一範 氏（株式会社ふくなかまジャパン 代表取締役社長）

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

時間	研修科目	内 容
10：20	開講／オリエンテーション	(9：30～受付開始)
10：30 ～ 12：00	【講義・演習】 「チームという“場”を活かした基本的な ファシリテーションの視点」	1 ファシリテーションの意義と目的 2 チームメンバー間で相互作用がおこる 場づくりに必要な視点とスキル
	昼食休憩	
13：00 ～ 16：30	【演習】 「具体的な会議の進め方を学ぶ」	カンファレンスやミーティング等の会議 運営の方法
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。

【「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。

【研修実施基本方針】

【研修受講ルール】

※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



※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7年度 チーム力を高めるファシリテーション研修受講申込書 (FAX 用)

■下記の項目に必要な事項をご記入ください。

(令和7年6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			
勤務年数	年	役職名		
担当業務				
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)