H３０年５月吉日

会員各位

公益社団法人福岡県介護支援専門員協会

会　　長　　柴　口　里　則

［　　公　　印　　省　　略　　］

**法定研修等に係る講師・ファリテーター養成研修のご案内**

※本研修は、主任更新研修受講要件に該当しない研修です。

※本研修は、昨年度開催の同研修と同じ内容です。

皆さま、日頃より当協会の事業運営につきまして、ご支援ご協力頂きありがとうございます。このたび、標記研修会を下記日程にて開催いたします。

本研修会は、全国研修として開催された「介護支援専門員研修全国指導者養成研修」（平成27年２月開催）及び「修了評価及び実習受入に関するガイドラインに関する全国説明会」（平成28年3月開催）の内容を基に構成されています。また、本研修を修了された方には、本協会が主催する法定研修等の講師・ファシリテーター予定者として、本協会に名簿登録させていただきます。

本研修では、厚生労働省が示した法定研修等に係るガイドラインについて講師・ファシリテーター予定者が共通理解、共有認識することで法定研修等の質の確保及び平準化を図ることを目標としています。講師・ファシリテーターを担っていただく場合には、当該ガイドラインに準じた内容・方法にて研修を展開していただくことになりますので、この点につきましても十分にご了承の上、ご参加いただきますようお願い申し上げます。

尚、平成２８年、平成２９年に開催いたしました「法定研修等の新カリキュラムに係る講師・ファリテーター養成研修（２日間）」を修了された方は、改めて、今回の研修会に参加いただく必要はございませんので、ご確認ください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 【問い合わせ先】  〒812－００１６  福岡市博多区博多駅南2－9－30  福岡県メディカルセンタービル２階  （公社）福岡県介護支援専門員協会事務局  TEL 092－431－4585 FAX 092－431－4577  　　　　　　Ｅ－mail：fukuokacm@tune.ocn.ne.jp |

**法定研修等に係る講師・ファリテーター養成研修**

【開催日程】

本研修会は、全２日間の日程にて開催いたします。必ず**両日**ともご参加いただきますようお願い致します。

＜１日目＞【法定研修体系及び実務研修実習等について】

**日時　平成30年　６月１３日（水）　１０：００～１６：３０　　（受付開始）　９：３０～**

**場所　クローバープラザ506AB　　　春日市原町3丁目1番7号**

＜２日目＞【ガイドラインに基づく指導内容及び演習等について】

**日時　平成30年６月２７日（水）　１０：００～１６：３０　　（受付開始）　９：３０～**

**場所　天神チクモクビル　大ホール　　福岡市中央区天神3丁目10-27**

※１日目、２日目の会場が異なります。ご注意下さい。

※１日目、２日目いずれの会場も駐車場を確保しておりません。公共交通機関ご利用の上、お越し下さい

【留意事項】

〇本研修修了者は、講師・ファシリテーター予定者として名簿登録させていただきます。

　※必ずしも、講師・ファシリテーターの役を担っていただくわけではございませんのでご了承下さい。

〇本研修会は講師・ファシリテーターの役を担っていただくための研修となります。

スキルアップや興味本位での参加は、ご遠慮下さい。

【受講要件】

　次の２つ要件を全て満たす方のみ受講できます。

①本協会会員であること。

②主任介護支援専門員であること。

【受講料】

　　全日程（２日間）　６，０００円

　　※受講料は、１日目の受付時にお支払いいただきます。

【定員】

　　６０名（先着順）

【受講申し込み】

申込書に必要事項をご記入の上、ファックスにてお申込み下さい。

　申込期限は、誠に勝手ながら、５月３１日（木）までとさせていただきます。

　※申込期限を待たずに定員に達した場合には、その時点で締め切らせて頂きます

**ＦＡＸ　０９２－４３１－４５７７（福岡県介護支援専門員協会　事務局）**

**法定研修等に係る講師・ファリテーター養成研修**

申込書

＜受講希望者＞

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 本協会  所属支部 | □福岡支部　　　　　□筑後支部  □北九州支部　　　　□筑豊支部 | |
| 氏　名 |  | | |
| 所属先  名称 |  | | 所属先  における  役職・職名 | |  | |
| 所属先  種別 | □居宅介護支援事業所　　　□地域包括支援センター　　　□小規模多機能居宅介護事業所  □認知症対応型グループホーム　　　□特別養護老人ホーム　　　□老人保健施設  □有料老人ホーム　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 実務経験  年数等 | 介護支援専門員としての  実務経験年数 | 主任介護支援専門員としての  実務経験年数 | | | | 主任介護支援専門員研修  受講年（主任資格取得年） |
| 約　　　　　　　　　年 | 約　　　　　　　　年 | | | | 平成　　　　　　年 |
| 他団体等での  講師経験 | □あり　　　□なし  「あり」と回答された方は、差し支えない範囲で構いませんので、どのような研修の講師を務められたか  御記入下さい | | | | | |
| 本研修会申込理由 |  | | | | | |

＜緊急時連絡先＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TEL① | □自宅　　□携帯　　□所属先 | 特記  事項 |  |
| TEL② | □自宅　　□携帯　　□所属先 |