【延期開催のお知らせ】

※１２月延期となった研修の新たな日程をお知らせします。

主催：高知県福祉研修センター　高知県老人福祉施設協議会　高知県介護福祉士会

**ケアテーマ別研修**

【令和２年度】

福祉・介護現場に従事する方を対象に、利用者の尊厳を守りながら、適切なケアが提供できるように、知っておかなければならないケアの基本知識や技術を習得することを目的として開催します。

会場　高知市　…県立ふくし交流プラザ （高知市朝倉戊375番地1）

　　　安芸市　…安芸市総合社会福祉センター（安芸市寿町2-8）

四万十市右山五月町8-3

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **テーマ** | **内容** | **会場** | **開催日** | **時間** | **講師** | **参加費** |
| **①アセスメント** | ・その人らしい生活を支えるケアプラン・アセスメントの基本的な考え方と支援のあり方　等 | 高知市 | ３月１９日(金) | 10:00～16:30 | 伊藤　英子氏（オフィス熱気球) | 3,000円 |
| **②リスクマネジメント** | ・リスクマネジメントの基本・予防するための能力の向上・事故後の適切な対応 等 | 高知市 | ３月１０日(水) | 10:00～12:30 | 山本満壽子氏（看護師） | 1,500円 |
| **③苦情の****理解と対応** | •苦情発生の要因•苦情対応の基本　　等 | 高知市 | ３月１０日（水） | 14：00～16：30 | 山本満壽子氏（看護師） | 1,500円 |
| **④メンバー****シップ** | •メンバーシップの考え方•メンバーシップを発揮するために習得すべき姿勢•後輩職員及び上司との人間関係スキル　等 | 安芸市 | ３月１１日（木） | 10：00～12：30 | 福田　敏秀氏（高知県立大学社会福祉学部助教） | 1,500円 |

対　 象　福祉・介護現場に従事する方　（基本知識の習得や技術を向上させたい方）

定 　員　50名

参加費　テーマ①は3,000円／人　　テーマ②③④は1,500円/人

※高知県老施協会員は500円割引を予定（対象人数上限有）

申込み　別紙「受講申込書」により、各研修開催日の1週間前までに事務局宛にＦＡＸにて申込みください。申込締切後、ＦＡＸにて受講決定を通知しますので確認ください。

※申込者多数の場合、各研修締切日（開催の２０日前）より早くに締め切る場合があります。また、施設・事業所ごとに参加申込者の人数調整させていただくなど受講をお断りせざるを得ない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

※受講申込書により知り得た個人情報は受講管理・研修運営にのみ使用します。

なお、新型コロナウイルス感染症の状況に応じて、開催時間の短縮やプログラムの変更を行う場合がありますので

あらかじめご承知おきください。

|  |
| --- |
| 【申込み・問い合わせ先】　　社会福祉法人高知県社会福祉協議会 福祉研修センター（担当：佐久間） 〒780-8567 高知市朝倉戊３７５番地１ 県立ふくし交流プラザ内 ＴＥＬ０８８－８４４－３６０５ ＦＡＸ０８８－８４４－９４４３ |

**〆切：各開催日の1週間前**

ケアテーマ別研修　受講申込書

**施設・事業所名**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**施設番号**

※働いている方は記入ください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※お送りした封筒のラベル下番号を参照下さい。

**連絡責任者氏名**　 　　　　　　　　　 　　　**連絡先住所**

※必ず記入ください　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ※受講についてお知らせしますので必ず記入ください

**ＴＥＬ**　　　　　（　　　　　　）　　　　　　　　**ＦＡＸ**　　　　　（　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | 申込者（各項目に記入をお願いします） | テーマ | 参加希望日 ※希望する会場を〇で囲んでください |
| **ふりがな** |  | ①アセスメント |  |
| **氏 名** |  |
| **性 別** | 男・女 | **年****齢** | 　　　　歳 | ②リスクマネジメント |  |
| **職 種** |  | ③苦情の理解と対応 |  |
| **経験****年数** | 　　　　年　　　　ヶ月 | ④メンバーシップ |  |
| ※介護福祉士会の会員は☑をいれてください | □ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2** | 申込者（各項目に記入をお願いします） | テーマ | 参加希望日 ※希望する会場を〇で囲んでください |
| **ふりがな** |  | ①アセスメント |  |
| **氏 名** |  |
| **性 別** | 男・女 | **年****齢** | 　　　　歳 | ②リスクマネジメント |  |
| **職 種** |  | ③苦情の理解と対応 |  |
| **経験****年数** | 　　　　年　　　　ヶ月 | ④メンバーシップ |  |
| ※介護福祉士会の会員は☑をいれてください | □ |

**FＡＸ　０８８－８４４－９４４３**福祉研修センター　佐久間 行

＊年齢及び経験年数（福祉関係通算）は、申込日現在で記入してください。

＊申込書に記載いただいた氏名、役職などの個人情報は、本研修会の運営管理にのみ使用させていただきます。