**介護福祉士生涯研修制度　認定介護福祉士養成研修必須**

**令和5年度ファーストステップ研修開催要綱**

**目　　的**　　日本介護福祉士会では、ファーストステップ研修を含めた「生涯研修体系の確立」に取り組んでいます。このなかで、的確な判断、対人理解に基づく、尊厳を支えるケアが実践でき、初任者等の教育係や小規模チームのリーダーとして活躍できる介護福祉士の育成を目指し、日本介護福祉士会と山梨県介護福祉士会において、ファーストステップ研修を開催いたします。

**実施主体**　公益社団法人日本介護福祉士会・一般社団法人山梨県介護福祉士会

**日　　程**　　令和５年７月２２日～令和６年３月　（１５日間）オリエンテーション令和５年７月１３日

※ファーストステップ研修は「個別ケア」「チームケア・連携」「チームの運営管理基礎」のいずれか１つの領域でも受講できます。

　　　　　　※全ての科目を修了しないと修了証は発行できませんが、次回（３年以内）本研修開催の時に受講

していない科目を受講すれば、修了証の発行が可能です。

**会　　場**　　山梨県青少年センター　第１研修室

**受 講 料**　　会　員（全科目）・・・７０，０００円

会員外（全科目）・・・１５０，０００円（消費税を含む）

※当日払い可能１回　会　員５，０００円、　会員外１０，０００円/全１５回

個別ケアのみ・・・正会員３０，０００円、会員外６０，０００円

チームケアのみ・・正会員１５，０００円、会員外３０，０００円

運営管理のみ・・・正会員３０，０００円、会員外６０，０００円

※分割払いも可能です。お気軽にご相談ください。

※「研修受講券」（受講料割引券）を利用できる研修です。ご希望の方は、裏面備考欄に「研修受講券を使用」とご記入ください。

（但し、受講料入金後「研修受講券」を使用することはできません）

**定　　員**　　１５名（先着順）※定員になり次第終了

**受講対象**　　介護福祉士であること（取得後２年以上経過していること）

資格取得後、介護福祉士会主催の「介護福祉士基本研修（旧初任者）研修」を修了していること

　　　　　　介護福祉士基本研修未修了者であって、令和５年開催の介護福祉士基本研修を受講する場合は、みなし修了者とすることが出来る

**締め切り**　　令和５年７月７日（金）必着

**振込先**　　受講が決定した方には後日当会より受講決定通知書と受講料請求書を送付致します。

　　　　　　＊振込金は欠席などの事由が生じても返還いたしません。

**受講申込**　　ファーストステップ研修申込用紙（裏面）をご使用ください。

必要事項を記入の上、郵送・ＦＡＸでお申込ください。

**申 込 先**　　〒４００－０３０６　（住所）山梨県南アルプス市小笠原1368-10事務所２階

　　　　　　一般社団法人山梨県介護福祉士会　事務局

　　　　　　ＴＥＬ　０５５－２８２－７４３３　ＦＡＸ　０５５－２６７－６９５５

**そ の 他**　　※全日程修了者には、日本介護福祉士会より「 修了証 」 を交付致します。

　　　　　　※全ての科目を修了しなければ修了証を発行することはできません。

　　　　　　※受講者が１０名以下の場合は中止致します。※日程変更する場合があります。

**【申し込み先】※送り状は不要です。**

**一般社団法人　山梨県介護福祉士会　事務局　宛（FAX　055－267-6955）**

**令和5年度　ファーストステップ研修　申込用紙**

一般社団法人　山梨県介護福祉士会

|  |
| --- |
| 申込書記入日　　　　　年　　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ　り　が　な |  | | | ◆会　員（　　　　　　　　　　　　　）  ◆会員外  （※どちらかに○をつけてください） | | | |
| 氏　　　　名 |  | | |
| 生　年　月　日 | 昭　和・平　成  　　　年　　　月　　　日（　　　歳） | | | 性　別 | | | 男　　・　　女 |
| 職務との関係 | １、職場から派遣・参加　　２、個人参加　　３、その他（　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 自宅住所 | 〒 | | | | | | |
| 自宅TEL | （　　　　）  　　　　－ | 日中連絡が取れる番号  （携帯電話・　職場等　） | | | | （　　　　）　　　－ | |
| 介護福祉士取得後  介護経験年数 | 年 | 介護福祉士  登録年月日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 職場名 |  | | | | | | |
| 職場所在地 | 〒 | | | | | | |
| 職　種 |  | | 現在職種の  経験年数 | |  | | |
| 受講科目  （いずれかに○を） | 全科目　　・　　個別ケアのみ　　・　　チームケアのみ　　・　　運営管理のみ  部分受講（受講希望日を記入してください） | | | | | | |
| 受講決定通知  送付先 | 〒 | | | | | | |
| 備　　考 | ※「研修受講券」を利用する方はご記入ください。（例：研修受講券○○○円分使用） | | | | | | |

※受講申込書に記載された個人情報は、運営管理の目的にのみ利用させていただきます。