

# 実務者研修教員講習会

**短期集中**

厚生労働省指定講習会

**実務者研修の専任教員  
及び介護過程Ⅲを担当する  
教員の養成を目指します！**



- ◆受講資格
- ①実務5年以上の介護福祉士
  - ②大学等の教授、准教授、助教又は講師
  - ③養成施設、福祉系高校(一般)での教歴3年以上
  - ④福祉系高校(特例)、実務者研修での教歴5年以上

◆受講料及び募集人数

- 募集定員 1コース15名(定員になり次第締め切ります)
- 受講料 70,000円(テキスト・資料・消費税込)

◆実施会場及び申込先

合同会社 熊本介護人材養成センター  
〒869-0502 熊本県宇城市松橋町松橋29番地  
電話:0964-42-9120 FAX:0964-42-9121  
携帯:080-8950-8039

◆開講日及びスケジュール

|     |                      |
|-----|----------------------|
| 4月生 | 4/2・6・8・12・15・19・26  |
| 6月生 | 6/4・5・7・10・12・18・26  |
| 8月生 | 8/5・7・10・12・17・20・24 |

|     |                |                    |
|-----|----------------|--------------------|
| 1日目 | 9:00~<br>17:30 | ●介護教育方法            |
| 2日目 |                |                    |
| 3日目 |                |                    |
| 4日目 | 9:00~<br>17:30 | ●介護過程の展開方法         |
| 5日目 |                |                    |
| 6日目 | 9:00~<br>15:30 | ●実務者研修の目的<br>●評価方法 |
| 7日目 |                |                    |

申込書(実務者 教員講習会)

|             |          |           |             |    |
|-------------|----------|-----------|-------------|----|
| フリガナ        |          | 連絡先       | 携帯          | 自宅 |
| 氏名          |          |           |             |    |
| 住所          | 〒        |           | 受講<br>希望コース | 月生 |
| 生年月日        | S・H      | 年         | 月           | 日  |
|             |          |           | 歳           |    |
| 介護福祉士等取得年月日 |          |           |             |    |
| 紹介事業名       | TEL/Fax: | 事業所<br>住所 | 〒           |    |

※身分証明書(免許証等)と介護福祉士登録証のコピーを添えて郵送するか持参で申し込んでください。  
※FAXの場合、文字や顔の判別ができない場合は、来校時に再度提出をお願いする場合があります。ご協力お願いいたします。