

# 見つけた(\*^\_^\*)私の仕事！介護

## か い ご の 仕 事 再 発 見

### 研修開催のご案内

受講者要件は、介護・福祉の資格を有する方で介護の仕事を離れている方資格を取得したものの、介護のお仕事をされずブランクがあり、再度講習で学びたい方です

介護の現場は皆さんを待っています。ぜひこの機会に研修を受講し、介護のお仕事に触れてみてはいかがでしょうか？また、何らかの形で離職された方は再び介護の現場に復帰するきっかけにしてみてもはいかがでしょうか？皆さんの受講をお待ちしております。お気軽にお問い合わせ下さい。

#### 1、カリキュラム・日程

日程	時間数	内 容
1日目	9:30~12:30 (3h)	○オリエンテーション（研修概要説明） ○変わりゆく福祉情勢と基本姿勢 （1）変わりゆく福祉情勢～現在の法制度の変革 （2）介護従事者としての職業倫理について （3）個人情報の保護・プライバシー保護 （4）利用者本位のサービスと利用者の尊厳とは
	13:30~15:30 (2h)	○福祉の仕事と利用者像 （1）介護（福祉士）の仕事とは （2）介護課程の展開～利用者を知り向き合うこと （3）コミュニケーションの基本
	15:30~16:00 (0.5h)	○実習オリエンテーション（施設実習の心構え）
2日目	9:30~12:30 13:30~16:30 (6h)	○介護技術講習（基本介護技術再講習） ※再就業に向けた基本技術の再確認と利用者体験 ○総合・まとめ
3日目	8:30~17:30 (6h~8h)	○施設実習（施設種別指定なし） →実習先により時間は異なります <内容>見学実習及び可能な範囲での直接介助の実施

2、会場・開催日 ※ 県内全6会場にて開催致します。7の開催予定表をご参照下さい。

3、講 師 公益社団法人新潟県介護福祉士会 会員（介護福祉士）

4、受講費用 無料（テキストを配布致しますが、費用はかかりません）

5、募集定員及び受講資格

1コース 10名~12名（先着順：随時締切致します）

○本研修は、福祉関係の資格を有しているが、現在福祉関係のお仕事をされていない方が対象となります。現在従事されている方等は受講出来ません。ご了承下さい。

#### 6、施設実習について

本研修は、施設実習が1日含まれます。7の開催予定表の最終日に1日施設実習に出掛けて頂きます。施設実習日は、皆様の日程と実習先の日程を調整しながら決定致します。申込書に「実習不可日」の記入欄がありますので、希望会場の2日目から最終日までの間でご都合の悪い日をご記入下さい。なお、実習先は当方で指定致します。ご了承下さい。

7、開催予定表

地区	会場	開催日（実習含む全3日間）
上越（上越）	上越市福祉交流プラザ第3会議室	10/21・10/22・施設実習1日
中越（長岡）	長岡市中之島文化センター	10/15・10/16・施設実習1日
下越（新潟①）	新潟ユニゾンプラザ	7/28・7/29・施設実習1日
下越（新潟②）	新潟ユニゾンプラザ	11/10・11/11・施設実習1日
下越（秋葉区）	特別養護老人ホームこうめの里	9/14・9/15・施設実習1日
佐渡（佐渡）	伝統文化と環境福祉の専門学校	9/21・9/22・施設実習1日

8、申し込み

受講を希望される方は下記申し込み用紙に記入しFAXでお申し込み下さい。  
また、ご不明な点はいつでもお気軽にお問い合わせ下さい。

お問い合わせ先 公益社団法人新潟県介護福祉士会 事務局担当者

TEL 025-281-5531 FAX 025-281-7710

**申込先FAX番号 025-281-7710**

**見つけた(\*\_\*)私の仕事！介護～かいごの仕事再発見～  
受講申込書**

受講希望コース	※前ページ「開催予定表」を確認の上、受講希望地区に○を付けて下さい。 上越（上越） 中越（長岡） 下越（新潟①）                      下越（新潟②）                      下越（秋葉区） 佐渡（佐渡）
受講希望者氏名	（ 男 ・ 女 ） （ 年齢      才）
住 所	〒                      ー                      ー
電話番号	ー                      ー
FAX番号	ー                      ー
日中連絡先	（電話番号）                      ー                      ー
介護勤務経験	有                      ・                      無 ※経験年数（                      年                      か月） ※勤務経験のある事業所種別（いずれかに○を記入して下さい） 特養 ・ 老健 ・ デイサービス ・ 訪問介護 その他（                      ）
介護関係所有資格	介護福祉士      ホームヘルパー（                      級） その他資格（                      ）
就業希望	介護関係の仕事へ就職を（いずれかに○を記入して下さい） 検討している ・ 検討していない その他（                      ）
施設実習不可日	※施設実習が不可能な日程がございましたらご記入下さい。
その他	○他団体における、職場体験事業等もあります。 ご案内を希望される方は下記に○を付けて下さい。 他団体の案内を      希望する                      ・                      希望しない