

公益社団法人 福岡県介護福祉士会 令和7年度
認定介護福祉士養成研修 開催要綱（リハビリテーションに関する領域）

1. 目的：

認定介護福祉士は、介護福祉士の資格取得後も継続的な教育機会を提供し、資質の向上を図り、社会的な要請に応じていくことを目的に作られた、介護福祉士のための仕組みです。認定介護福祉士は、居住・施設系サービスを問わず多様な利用者の生活環境、サービス提供形態等に対応して、より質の高い介護実践や介護サービスマネジメント、介護と医療の連携強化、地域包括ケア等に対応するための考え方や知識、技術等を持って支援できる現任の専門職の育成が求められています。利用者、職場、他専門職、地域などに幅広く「かかわる」「支援する」使命を担える介護福祉士を養成するために開催します。

2. 実施主体：公益社団法人 福岡県介護福祉士会

3. 会場：福岡県介護福祉士会研修室（予定・福岡市博多区博多駅東1-1-16-2F）

4. 定員：25名

* 受講決定に際し本会会員及び過去の本研修履歴を優先させることがあります。

* 申込者数が20名以下の場合、実施できない場合があります。

5. 領域・科目・講師・実施日・受講要件

領域名／科目名／講師名	実施日	受講要件
リハビリテーションに関する領域 ○自立に向けた生活をするための支援の実践 講師：松崎 哲治氏 (公社)福岡県理学療法士会 副会長 夫婦石病院 リハビリテーション部 部長	令和7年7月12日(土) 7月13日(日) 7月27日(日) 9:00~17:00(予定)	①「認定介護福祉士概論」 ②「生活支援のためのリハビリテーション」 ③「生活支援のための運動学」 ①②いずれも修了および③修了・修了予定の方

6. 受講料： 会員 25,500円 非会員 51,000円

* 受講料入金後の返金はいたしません（ただし病気や怪我などやむを得ない事情があると本会が判断した場合を除く）

7. 留意事項：

(1)受講申込 別紙申込書に記入の上、下記へFAXまたはメールにてお送りください。

事務連絡及び課題提出のため、メールアドレスの登録が必要です。

(2)申込〆切 令和7年5月15日(木) 18:00 必着

(3)選考及び通知方法 受講決定に関しましては〆切日以降、受講可否通知をお送りいたします。

8. 連絡事項：

(1)事前課題の提出、講義最終日に修了試験があります。評価が到達度に達しない場合は再受験、再提出の場合もあります。その場合受講料とは別に再試験料1科目につき1,000円、補講が必要な方は1時間2,000円を別途お支払いいただきます。

(2)使用予定テキスト

『標準理学療法学・作業療法学 運動学』（医学書院）

テキストを持っていない方はご自身で書店・出版社等に照会し購入してください。

(3)修了後の案内

22科目全てを修了しましたら自身で認定介護福祉士認証・認定機構へ届出を行います。

◆「認定介護福祉士」の認定申請について

- ①申請書 ②介護福祉士登録証の写し ③認定介護福祉士養成研修修了証の写し
- ④認定審査にかかる手数料の振込み控

①～④を機構へ送付 ⇒ 「認定証」の交付 ⇒ 次に登録申請を行う

◆「認定介護福祉士登録申請」について

- ①登録申請書 ②認定証の写し ③登録料の振込み控えを機構に送ります。
- ⇒ 登録完了（登録証交付）です。

◆「認定介護福祉士」は5年ごとの更新研修制度になります。（更新時登録料がかかります）
認定介護福祉士養成研修の詳細は、認定介護福祉士認証・認定機構のHPから確認
できます。（認定介護福祉士 認証・認定機構 HP <https://www.jaccw.or.jp/nintei>）

【お問合せ先】

公益社団法人 福岡県介護福祉士会

〒812-0013 福岡市博多区博多駅東1-1-16 第2高田ビル2F

TEL 092-474-7015 FAX 092-436-5234

Email kaigokai@f-kaigo.jp（担当：甲斐）

【別紙】

支援の実践

＜令和6年度 認定介護福祉士養成研修
(リハビリテーションに関する領域
自立に向けた生活をするための支援の実践)＞

＜申 込 書＞

下記項目に記入または○をしてください

フリガナ		性別	男・女		
申込者氏名					
生年月日(和暦)	昭和・平成	年	月	日生	
会員・非会員 (他県会員の場合は 所属県名も記入)	・会員 (会員番号	所属県)	・非会員	
連絡先住所	〒				
携帯電話番号					
Eメールアドレス					
勤務先名					
勤務先での役職					
介護福祉士資格 登録年月日(和暦)	昭和・平成	・令和	年	月	日
介護福祉士 登録証番号	(例 D - 0 1 2 3 4)				
実務経験年数		年	ヶ月		
開催要綱5の 受講要件をすべて 満たしていますか?	(すべて満たしている場合□に チェックを入れてください) → <input type="checkbox"/>				

※ご記入頂きました個人情報は、本研修参加管理以外では使用いたしません。

研修終了後は責任をもって処理いたしますのでご了承ください。