

介護福祉士実習指導者講習会 開催要綱

今年度も本会では、「介護福祉士養成実習指導者講習会」を開催いたします。本研修は、介護福祉士の養成校などから実習生を受け入れている施設（実習施設Ⅱ）は必須の研修となります。またこれから実習生を受け入れる予定の施設も同様です。

つきましては、下記の日程で開催いたしますのでお知らせいたします。受講希望者は別紙の申込書にご記入の上、事業部までFAX、又は郵送をお願いいたします。

1. 主 催 公益社団法人 福岡県介護福祉士会
2. 日 程

※研修時間は
1日あたり
6時間～7時間
となります。

【1回目】
1日目：令和7年 9月 9日（火） 2日目：令和7年 9月10日（水）
3日目：令和7年 9月17日（水） 4日目：令和7年 9月18日（木）

【2回目】
1日目：令和7年11月26日（水） 2日目：令和7年11月27日（木）
3日目：令和7年12月 3日（水） 4日目：令和7年12月 4日（木）
3. 会 場 クローバープラザ（春日市原町3-1-7）
4. 研修内容 詳しい内容は、受講決定通知にてお知らせいたします。
5. 参加対象者 介護福祉士として3年以上の実務経験を有している者。
6. 定 員 各回60名程度
※定員を超過した場合には、原則1施設1名とさせていただきます。
※受講希望者が各回15名以下の場合は中止する場合があります。
7. 申込方法 裏面申込書により郵送又はFAXにて福岡県介護福祉士会へお申込みください。
※FAXでお申込みの方は送信方法にご注意ください。毎年エラー等で受け付けられないことがあります。エラー等で申込書が確認できない場合、本会では責任を負いかねます。
8. 申込締切 1回目：令和7年7月10日（木）17時到着分
2回目：令和7年9月25日（木）17時到着分
※申込締切日以降に受講決定通知、受講料請求書を勤務先に送付します。
9. 受 講 料 （公社）福岡県介護福祉士会 会 員・・・20,000円（テキスト代含む）
非会員・・・31,000円（テキスト代含む）
※参加費の請求書・振込先は後日送付いたします。
※福岡県介護福祉士会会員の方は年会費納入状況を確認させていただきます。
10. そ の 他 ※修了者には介護福祉士実習指導者講習会修了証書を発行いたします。
11. お問合せ 公益社団法人 福岡県介護福祉士会事業部（担当：松尾）
〒812-0013 福岡県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

※送り状は不要です

令和7年度 介護福祉士実習指導者講習会 申 込 書

ふりがな		※どちらかに○をつけてください。 ・介護福祉士会会員 (40) ・非会員
氏 名		
生年月日 (和暦記入)	昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)	
自宅住所	〒	
自宅連絡先	TEL FAX	
	メールアドレス @	
事業所名		
事業所住所	〒	
事業所連絡先	TEL FAX	
	メールアドレス @	
介護福祉士資格取得 後実務経験年数	年 ヶ月 (3年未満の方は受講できません)	
参加希望回	1回目 ・ 2回目 ※必ずどちらかに○をつけてください。	
備 考	※研修受講券を使用する場合はご記入ください。(例：研修受講券〇〇〇円使用)	

4月広報

【注意事項】 ※上記申込書は、全ての欄にご記入をください。記入がない場合は受け付けられない場合があります。

※申込書は受講するご本人が記入してください。氏名・ふりがなは、わかるように正しく記入して頂きますようお願い致します。

※「自宅住所」の欄は必ず受講者ご本人の住所を書いてください。修了証書発行の際必要になります。

※開催要綱の内容をご確認・ご承諾の上お申し込みください。

※各日程において定員超過の場合は1施設1名とさせていただきます。