



現場で使える介護技術研修

根拠に基づいた介護技術の基礎

皆さんは根拠に基づいた介護ができていますか？

本研修はもう一度介護技術を基礎から学び直し、明日からの仕事に活かす研修です。

理学療法士の方を講師としてお招きし、「根拠に基づいた介護技術の基礎」をご講義いただく他、「ボディメカニクス」について学び実践していきます。

利用者と自分自身の体を守るためにも、正しい知識と技術を身に付ける機会として一緒に学んでみませんか？

[日 程・開催内容] * 本研修は宮崎県の委託を受けて開催致します。

開催内容：「根拠に基づいた介護技術の基礎」

開催時間：10:00~15:00 (受付 9:30~)

受講料：無 料

開催地域	開催日	会場	定員	受講申込締切日	
県 央	宮崎①	11月6日(日)	宮崎県福祉総合センター	20名	令和4年 9月30日 (金)
	日 南	12月4日(日)	調 整 中 *受講決定通知にてお知らせいたします	20名	
	宮崎②	12月18日(日)	宮崎県福祉総合センター	20名	
	西 都	日程・会場 調整中(1月開催予定) 日程が決定次第、別途研修のご案内をいたします			
県 北	美 郷	11月5日(土)	美郷町西郷ニューホープセンター	20名	
	高千穂	11月20日(日)	高千穂町自然休養村管理センター	20名	
	日 向	12月3日(土)	日向市文化交流センター	20名	
	延 岡	12月11日(日)	延岡市社会福祉協議会(予定)	20名	
県 南	野 尻	10月13日(木)	野尻町農村環境改善センター	20名	
	都城①	12月3日(土)	都城コアカレッジ	20名	
	小 林	12月4日(日)	小林市中央公民館	20名	
	都城②	12月17日(土)	豊心福祉学園	20名	

※ 会場の詳細につきましては、受講決定通知(受講票)に記載させていただきます。

※ 受講決定通知(受講票)は申込締切日以降に発送いたします。

【受講要件】

受講希望者は、当会が定める優先順位に応じて選定させていただきます。なお、本研修は宮崎県が定めた「介護職員スキルアップ支援事業」において開催し、介護職員の技術の習得・向上を目的としております。

主たる受講対象者は、介護業務従事者です。（但し、未就業の方及び介護現場以外で就業している方等も応募状況等により受講可能です。）

・受講希望者の優先順位について

- ① 介護現場にて介護業務に従事しており、介護技術のスキルアップを目指している方
- ② 施設等に所属する事業主・管理職が認めた者で、職場の人材の確保と定着に資することを目的としている方

※ 応募状況等により、申し込み時点において、未就業もしくは介護現場以外で就業している方で、介護現場への再復帰を希望しておられる方（介護現場への就職活動中の方）も受講可能です。

【 注 意 事 項 】

※申込締切日前でありましても、定員になり次第締切らせていただきます。

※受講が決定いたしましたら、受講票を発送させていただきます。

※参加申込書にてお申しいただいた方のみ、駐車可能となります。

【コロナウイルス感染症への対応について】

講師・スタッフは、マスクの着用をします。

研修会ご参加の皆様にも、マスクをご着用頂きますようお願いいたします。

今年度に関しては、ソーシャルディスタンスの確保の為、皆様に体験して頂きながらではなく、デモンストレーションという形をとらせていただきながら、質疑応答に対応いたします。

コロナウイルス感染症の拡大状況により、「オンライン開催」・「延期」又は「中止」になる事が想定されます。また、体調等に不安のある方は参加を見合わせていただくようお願いいたします。

ご不便をおかけしますが、ご理解・ご協力の程お願いいたします。



【 実 施 機 関 】

一般社団法人 宮崎県介護福祉士会

〒880-0007 宮崎市原町 2 番 22 号 宮崎県福祉総合センター 人材研修館 内

TEL 0985-22-3710

FAX 0985-22-3711

令和4年度現場で使える介護技術研修参加申込書（県 央）

問1、参加会場および駐車場の希望について ○印をご記入ください。駐車場は希望者のみ駐車可能です。

希望回 (○を記入)	開催地域	開催日	開催会場	駐車場の希望 (○×を記入)
	宮崎 ①	11月 6日(日)	宮崎県福祉総合センター	
	日 南	12月 4日(日)	調 整 中 (*受講決定通知にて お知らせいたします)	
	宮崎 ②	12月18日(日)	宮崎県福祉総合センター	
/	西 都	1月開催予定	*調整中	/

問2、資格の状況について該当番号に○をご記入ください。(複数回答可)

I 介護福祉士 ・ II 実務者研修修了者 ・ III 初任者研修修了者 ・ IV ホームヘルパー(1級・2級) V 看護師 ・ VI 資格は保有していない ・ VII その他()
--

問3、就業状況について該当記号に○をご記入ください

(ア) 介護職として勤務している (イ) 介護現場への就職活動中である (ウ) 就職活動はしていないが、介護現場への就職を考えている (エ) 介護現場への転職を希望している (オ) 介護を主とする職場で介護以外の仕事をしている(相談員・管理職等) (カ) 介護福祉関係の職場で介護以外の仕事をしている(福祉用具販売) (キ) その他()

問4、以下の受講要件で合致する番号に○をご記入ください

① 介護現場にて介護業務に従事しており、介護技術のスキルアップを目指している方 ② 施設等に所属する事業主・管理職が認めた者で、職場の人材の確保と定着に資することを目的としている方 ③ 申し込み時点において、未就業もしくは介護現場以外で就業している方で、介護現場への再復帰を希望しておられる方(介護現場への就職活動中の方) ④ 施設等に所属する職員又は事業主で、福祉用具に関心を持ち、職場内の介護労働者に対し腰痛予防対策を積極的に推進しようとする方 ⑤ その他、特に研修受講の有効性があり実施機関(当宮崎県介護福祉士会)が認める方

ふりがな			
氏 名			
連絡先	連絡先区分 (○印をしてください)	自 宅 ・ 勤務先 (勤務先名:)	
	住 所 (自宅または勤務先)	〒 _____	
	電話番号・FAX 番号 (自宅または勤務先)	TEL:	FAX:
	e-mail		

※ 記入漏れなくご記載ください。記入漏れがあった場合、キャンセルさせて頂く場合があります。

この申込書に記載された内容は、標記研修会以外には使用しません。また後日、受講票を送付いたします。

送付先:FAX(0985)－22－3711

注意！！ 市外局番の確認をお願いいたします。

令和4年度現場で使える介護技術研修参加申込書（県北）

問1、参加会場および駐車場の希望について ○印をご記入ください。駐車場は希望者のみ駐車可能です。

希望回 (○を記入)	開催地域	開催日	開催会場	駐車場の希望 (○×を記入)
	美 郷	11月 5日(土)	美郷町 西郷ニューホープセンター	
	高千穂	11月20日(日)	高千穂町 自然休養村管理センター	
	日 向	12月 3日(土)	日向市文化交流センター	
	延 岡	12月11日(日)	延岡市社会福祉協議会（予定）	

問2、資格の状況について該当番号に○をご記入ください。(複数回答可)

I 介護福祉士 ・ II 実務者研修修了者 ・ III 初任者研修修了者 ・ IV ホームヘルパー(1級・2級) V 看護師 ・ VI 資格は保有していない ・ VII その他()
--

問3、就業状況について該当記号に○をご記入ください

(ア) 介護職として勤務している (イ) 介護現場への就職活動中である (ウ) 就職活動はしていないが、介護現場への就職を考えている (エ) 介護現場への転職を希望している (オ) 介護を主とする職場で介護以外の仕事をしている(相談員・管理職等) (カ) 介護福祉関係の職場で介護以外の仕事をしている(福祉用具販売) (キ) その他()

問4、以下の受講要件で合致する番号に○をご記入ください

① 介護現場にて介護業務に従事しており、介護技術のスキルアップを目指している方 ② 施設等に所属する事業主・管理職が認めた者で、職場の人材の確保と定着に資することを目的としている方 ③ 申し込み時点において、未就業もしくは介護現場以外で就業している方で、介護現場への再復帰を希望しておられる方(介護現場への就職活動中の方) ④ 施設等に所属する職員又は事業主で、福祉用具に関心を持ち、職場内の介護労働者に対し腰痛予防対策を積極的に推進しようとする方 ⑤ その他、特に研修受講の有効性があり実施機関(当宮崎県介護福祉士会)が認める方

ふりがな			
氏 名			
連絡先	連絡先区分 (○印をしてください)	自 宅 ・ 勤務先 (勤務先名:)	
	住 所 (自宅または勤務先)	〒 _____	
	電話番号・FAX 番号 (自宅または勤務先)	TEL:	FAX:
	e-mail		

※ 記入漏れなくご記載ください。記入漏れがあった場合、キャンセルさせて頂く場合があります。

この申込書に記載された内容は、標記研修会以外には使用しません。また後日、受講票を送付いたします。

送付先:FAX(0985)－22－3711 注意！！ 市外局番の確認をお願いいたします。

令和4年度現場で使える介護技術研修参加申込書（県南）

問1、参加会場および駐車場の希望について ○印をご記入ください。駐車場は希望者のみ駐車可能です。

希望回 (○を記入)	開催地域	開催日	開催会場	駐車場の希望 (○×を記入)
	野 尻	10月13日(木)	野尻町農村環境改善センター	
	都城 ①	12月 3日(土)	都城コアカレッジ	
	小 林	12月 4日(日)	小林市中央公民館	
	都城 ②	12月17日(土)	豊心福祉学園	

問2、資格の状況について該当番号に○をご記入ください。(複数回答可)

I 介護福祉士 ・ II 実務者研修修了者 ・ III 初任者研修修了者 ・ IV ホームヘルパー(1級・2級) V 看護師 ・ VI 資格は保有していない ・ VII その他()
--

問3、就業状況について該当記号に○をご記入ください

(ア) 介護職として勤務している (イ) 介護現場への就職活動中である (ウ) 就職活動はしていないが、介護現場への就職を考えている (エ) 介護現場への転職を希望している (オ) 介護を主とする職場で介護以外の仕事をしている(相談員・管理職等) (カ) 介護福祉関係の職場で介護以外の仕事をしている(福祉用具販売) (キ) その他()

問4、以下の受講要件で合致する番号に○をご記入ください

① 介護現場にて介護業務に従事しており、介護技術のスキルアップを目指している方 ② 施設等に所属する事業主・管理職が認めた者で、職場の人材の確保と定着に資することを目的としている方 ③ 申し込み時点において、未就業もしくは介護現場以外で就業している方で、介護現場への再復帰を希望しておられる方(介護現場への就職活動中の方) ④ 施設等に所属する職員又は事業主で、福祉用具に関心を持ち、職場内の介護労働者に対し腰痛予防対策を積極的に推進しようとする方 ⑤ その他、特に研修受講の有効性があり実施機関(当宮崎県介護福祉士会)が認める方

	ふりがな		
	氏 名		
連絡先	連絡先区分 (○印をしてください)	自 宅 ・ 勤務先 (勤務先名:)	
	住 所 (自宅または勤務先)	〒 _____	
	電話番号・FAX 番号 (自宅または勤務先)	TEL:	FAX:
	e-mail		

※ 記入漏れなくご記載ください。記入漏れがあった場合、キャンセルさせて頂く場合があります。
 この申込書に記載された内容は、標記研修会以外には使用しません。また後日、受講票を送付いたします。

送付先:FAX(0985)－22－3711 注意！！ 市外局番の確認をお願いいたします。