

# チームリーダー 養成研修支援事業

中堅職員の研修で、  
職場の魅力度

# UP

研修を実施したいが、講師探しが...  
経費が... そんな悩みに、



**県社協が様々な研修のコーディネートをお手伝いします。事業所経費負担はありません。**

**申し込みができる事業所**

県内の介護事業所等

**受講者**

若手介護職員等の指導的立場にある中堅職員等

**特色**

介護事業所等の要望・状況を踏まえた研修テーマ・内容で実施できます。  
土曜・日曜日でも実施できます。  
講師の謝金・旅費等も負担します。  
講師の紹介も可能です。

(例)

- ・人材の育成方法
- ・接遇マナーとコミュニケーション
- ・後輩支援のための相談技術

**申込方法**

利用申込書に必要事項を記入し、FAXまたはE-mailでお送りください。  
申込期限は **令和6年12月27日(金)**

お申し込み・  
お問い合わせ先



社会福祉法人 **鹿児島県社会福祉協議会** 福祉人材・研修センター

〒890-8517 鹿児島市鴨池新町1番7号(県社会福祉センター内)

TEL:099-258-7888 FAX:099-250-9363

E-mail: jinzai7@kaken-shakyo.jp

# 介護職員チームリーダー養成研修支援事業利用申込書

鹿児島県社会福祉協議会

福祉人材・研修センター所長 行

F A X : 099-250-9363

E-mail: jinzai7@kaken-shakyo.jp

申込日 令和 6 年 月 日

法人名					
介護事業所名					
介護事業所の住所		〒			
連絡先		TEL	FAX		
		E-mail	(大きな文字で分かりやすいように記入ください)		
担当者		お名前	職名		
研修の形式		中堅職員に漏れなく受講してもらうため、同じ講師、同じ研修テーマで2回研修会を開催できます。希望のコースに○印を付けてください。 ・1日コース（1回目午前，2回目午後） ・2日コース（1回目 初日午後，2回目翌日午前） ・2日コース（1回目 初日午後，2回目翌日午後）			
研修参加予定者数	区分	事業所名	1回目	2回目	計
	申込事業所				
	近隣合同参加事業所				
	※申込事業所が近隣に呼びかけて合同で研修に参加する事業所名を記入してください。				
	合計				
研修テーマ		右のテーマから、希望するテーマを1つ選んで、○印を付けてください。 ※ その他に○を付けられた場合には、必ず希望するテーマを記入してください。			
希望する講師		上記研修の講師名を記入してください。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ストレスマネジメント</li> <li>・人材の育成方法</li> <li>・接遇マナーとコミュニケーション</li> <li>・後輩支援のための相談技術</li> <li>・アンガーマネジメント</li> <li>・中堅職員の役割</li> <li>・先輩職員としての心構え</li> <li>・その他</li> </ul> テーマ ( <ul style="list-style-type: none"> <li>・ハラスメント</li> <li>・人事考課</li> <li>・BCP</li> <li>・虐待</li> <li>・ノーリフトケア</li> </ul> )			
実施希望月		希望の実施月に○印を付けてください。 令和6年 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 令和7年 1月 2月			
研修会場		介護事業所外の有料貸室でも研修ができます。 ・介護事業所内 ・介護事業所外			
研修方法		希望する方法に○印を付けてください。 ・集合（対面）研修 ・オンライン研修			

※ この利用申込書の提出期限は、令和6年12月27日(金)です。