

\令和7年度/

介護職員チームリーダー 養成研修支援事業

介護事業所の中堅職員向けの研修を県社協が支援します!!

目的

介護事業所に勤務する中堅職員等を対象に、新人職員への指導方法等を含めたスキルアップ研修を実施することにより、新人職員の定着と質の高い介護サービスの提供を促すことを目的に、実施します。

申込みができる 事業所

県内の介護事業所
(「介護事業所」とは、介護保険法に基づいたサービスを提供している事業所のことです。)

受講対象

介護事業所に勤務する中堅職員等で、新人職員等の指導的立場にある方

研修内容等

○介護事業所の要望・状況に応じた研修テーマ・内容で研修ができます。

例：人材の育成方法、後輩支援のための相談技術など

○研修時間は、平日の勤務時間内に限らず、平日の勤務時間外や土曜日での実施など、事業所の要望に応じて研修ができます。

○講師に係る経費（謝金・旅費）は、県社協で負担します。

○講師は県社協で紹介もできますし、事業所で選定されても結構です。

○オンライン方式による研修もできます。

申込方法

裏面の「利用申込書」に必要事項を記入し、FAX又はE-mailで、
県社協福祉人材・研修センターまでお送りください。

申込期限

令和7年12月26日（金）

※但し、事業予算に達した場合は、申込期限前でも受付を終了します。

**お申し込み・お問合せ先****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: jinzai9@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・研修センター行き

FAX: 099-250-9363

E-mail:jinzai9@kaken-shakyo.jp

申込日 令和7年 月 日

申込者	法人名					
	事業所名					
	連絡先	住所	〒			
		電話		F A X		
		E-mail	(大きな文字で、分かりやすいようにご記入ください)			
担当者	職名		氏 名			
研修の形式		中堅職員等に漏れなく受講してもらうため、同じ講師、同じテーマで2回まで研修を開催できます。 希望のコースに○印を付けてください。		・1回コース (午前 又は 午後) ・2回コース (同日の 午前 及び 午後) ・2回コース (1回目 初日午後、2回目 翌日午前) ・2回コース (1回目 午前 又は 午後 2回目 午前 又は 午後 (週・月をまたいで))		
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		人	人	人	
	合同参加事業所		人	人	人	
	※申込事業所が呼びかけて、研修に参加する事業所名を記入してください。		人	人	人	
			人	人	人	
			人	人	人	
			人	人	人	
			人	人	人	
	合計		人	人	人	
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○印を付けられた場合には、必ず希望するテーマをご記入ください。		・中堅職員の役割 ・人材の育成方法 ・先輩職員としての心構え ・後輩支援のための相談技術 ・ストレスマネジメント ・接遇マナーとコミュニケーション ・A C P (アドバンス・ケア・プランニング) ・その他() ・B C P ・ノーリフトケア ・感情のコントロール ・虐待防止 ・ハラスメント ・メンタルヘルス ・チームマネジメント			
希望する講師	上記研修テーマで希望する講師がいらっしゃいましたら、ご記入ください。					
実施希望月	希望の実施月に○印を付けてください。		令和7年 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 令和8年 1月 2月			
研修会場	自事業所外の有料会場でも研修ができます。		・自事業所内 ・自事業所外 (会場名:)			
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7年12月26日(金)です。