

平成22年度「福祉の職場研修担当者養成研修」実施要領

1. 内 容 社会福祉施設での「職場研修」を推進する担当者を養成します。
「福祉の職場研修担当者養成コース」（全国社会福祉協議会・中央福祉学院が開発した標準プログラム）の内容理解・修得を図ります。
*詳しくは、別紙「プログラム」参照
2. 対 象 者 福祉施設・法人において職場研修担当者として従事している方、又は予定の方
3. 研修日程 平成22年9月3日（金）、10日（金）、17日（金）の3日間
いずれも午前9時30分～午後5時
4. 会 場 大阪市社会福祉研修・情報センター 会議室2（5階）
5. 講 師 大阪市社会福祉研修・情報センター 企画研修課職員
（全社協「福祉の職場研修担当者養成コース」インストラクター）
6. 定 員 36人（申し込み多数の場合は抽選により決定します）
7. 受講料 3,820円（受講料 3,000円 + シート集I・II 820円）

別途希望者のみ下記の販売をします
（なお、例年シート集の追加購入希望が多数のため事前に申込みを受付まず
事業所での希望部数をご記入ください。*ただし、受講決定者のみの受付です）
 - (1) 『福祉の職場研修マニュアル』（発行：全国社会福祉協議会）
価格：1,100円（税込）
 - (2) 『福祉の職場研修担当者養成コース シート集I・II』（発行：全国社会福祉協議会）
価格：820円（税込。@410円×2冊）
8. 申込方法 「受講申込書」に記入し、fax・郵送・持参のいずれかでお申し込みください。
9. 申込期限 **平成22年7月16日（金） 午後5時まで（必着）**
10. 受講決定 受講の可否については、7月30日（金）頃に事業所あて郵送でお知らせします。
11. 修了証 全課程の出席者には、当センター所長名の修了証を交付します。
12. 主 催 大阪市社会福祉研修・情報センター
問合せ先 〒557-0024 大阪市西成区出城2-5-20
Tel (06) 4392-8201 Fax (06) 4392-8272
（担当：企画研修課）
研修の申込は、ホームページ(<http://www.wel-osaka.jp/>)からも申込みできます。

平成22年度 職場研修担当者養成研修 プログラム

〔テーマ〕「福祉の職場研修担当者養成コース」(全国社会福祉協議会・中央福祉学院が開発した標準プログラム)の内容を理解し、自施設・法人の職場研修の推進を図る

〔日程〕平成22年9月3日(金)、10日(金)、17日(金) 計3日間

〔会場〕大阪市社会福祉研修・情報センター

〔対象者〕福祉施設・法人において職場研修担当者として従事している方、又は予定の方

日 時	研修科目	内 容(ねらい)	講 師
9月 3日(金) 会場: 会議室2 (5階)	9:00~	受 付	大阪市社会福祉研修・ 情報センター 企画研修課 副主幹 植村 利弘 西口 昌代 (全社協「職場研修担 当者養成コース」インス トラクター)
	9:30~10:00	開講式／オリエンテーション	
	10:00~12:00 (120分)	《講義》 ①これからの福祉人材育成と 職場研修	
	12:00~13:00	昼食休憩	
	13:00~17:00 (240分)	《理解促進討議法》 ②職場研修の考え方と推進方法	
10日(金) 会場: 会議室2 (5階)	9:30~11:30 (120分)	《自己診断討議》 ③職場研修の推進実態を 診断する	大阪市社会福祉研修・ 情報センター 企画研修課 副主幹 植村 利弘 西口 昌代 (全社協「職場研修担 当者養成コース」インス トラクター)
	11:30~12:30	昼食休憩	
	12:30~14:30 (120分)	《自己診断討議》 ④OJT活性化施策の推進	
	14:45~17:00 (135分)	《自己分析討議》 ⑤「意図的・計画的指導」の推進	
17日(木) 会場: 会議室2 (5階)	9:30~12:30 (180分)	《討議》 ⑥OFF-JTによる職場研修の 推進	大阪市社会福祉研修・ 情報センター 企画研修課 副主幹 植村 利弘 西口 昌代 (全社協「職場研修担 当者養成コース」インス トラクター)
	12:30~13:20	昼食休憩	
	13:20~15:30 (130分)	《計画策定討議》 ⑦研修ニーズ分析と年度計画の 策定	
	15:45~16:45 (60分)	《実行計画作成討議》 ⑧職場研修担当者の役割と課題	

◆受講申込書◆

送付先 : 大阪市社会福祉研修・情報センター 企画研修課
 研修名 : 職場研修担当者養成研修 (締切: 7月16日午後5時)
 FAX 4 3 9 2 - 8 2 7 2

法 人 名							
事 業 所 名							
種別	(記入例: 特別養護老人ホーム、児童養護施設など)						
	連絡先	〒		所在地			
電話 番号					FAX 番号		
受講希望者名 *大きく正確にご記入ください。		ふりがな				年齢	歳
						性別	男 ・ 女
研修担当者 ですか?	1. はい(年 か月) 2. 予定がある 3. 予定はない						
	福祉職場 経験年数		年 か月 *積算基準日 平成22年9月1日				
	職種			役職			
資料 購 入 希 望	マニュアル	1. 持参する 2. 購入希望 (1冊) 3. 購入希望 _____ 冊 * ご所属ですすでにお持ちでしたら、それをご持参ください					
	シート集 I・II	1. 追加購入不要 2. 追加購入希望 _____ セット * 受講料3,820円に1セット代は含まれています。 1セット以上必要な方のみ上記に数量をご記入ください。					
本研修の参加動機・期待等をご記入ください							
備考欄 (車いす使用の方、拡大文字資料などを必要とする方は、その旨ご記入ください)							

*提供していただきました個人情報、名簿の作成、資料の送付等研修事業の運営のためにのみ使用し、他の目的で使用したり、第三者へ提供することはありません。