|  |  |
| --- | --- |
| **福祉用具専門相談員指定講習会**  **～令和３年度募集要領～** | |
|  | 公益財団法人東京都福祉保健財団  指定講習会担当：福祉情報部福祉人材対策室地域支援担当　TEL03-3344-8514　03-3344-8531 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **目　　的** | |  | |
|  | この講習会は、介護保険法に定める福祉用具貸与・販売事業所において、福祉用具の選定の援助、機能等の点検、使用方法の指導等の業務を行うために必要な知識、技能を有する「専門相談員」を養成することを目的として開催します。 | | |
| **概　　要** | |  | |
|  | この講習会は、一人ひとりの身体の状態に合った福祉用具の選び方や正しい使い方を学び、その利用について適切な支援をする福祉用具専門相談員として必要な知識、技術を習得する講習会です。５０時間のカリキュラムを全て受講し、かつ修了評価（筆記により実施）において必要な知識・技術等の習得が十分であると認定した者に対し、福祉用具貸与・販売事業所に２名以上置かなければならないとされている「福祉用具専門相談員」としての修了証書及び修了証明書を交付いたします。  ※　保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、義肢装具士の資格取得者は、この講習を受講しなくとも「福祉用具専門相談員」として貸与事業所等に勤務することは可能です。  　なお、これらに該当する方でも、福祉用具について専門的・体系的に学びたい方の受講を妨げるものではありません。 | | |
| **受講対象・定員** | | **特別な受講資格等は必要ありません。** | |
| **受講対象**：①指定福祉用具貸与・販売事業所等で「福祉用具専門相談員」として従事することを希望され  る方。②ただし、福祉用具について詳しく学びたい方、福祉分野への就職を希望される方など、  どなたでも受講可能です。  **定　　員**：60名（先着順） | | | |
| **講 習 日 程** | | **令和3年８月１８日(水)から２０日(金)及び、**  **令和３年８月２３日(月)から２７日(金)まで　＜全８日間＞** | |
| ９時３０分～１７時４５分（初日９時１５分からオリエンテーション）  開始、終了時間は日によって多少異なります。講習日程の概要をご覧ください。 | | | |
| **受講上の注意** | | |  |
| 新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、以下のことにご協力をお願いいたします。   1. 講習会期間中は毎日、**受講前に検温を実施します**。37.5度以上の熱や風邪症状、倦怠感、息苦しさがある場合、２週間以内の海外渡航歴、感染症新型コロナウイルス感染症陽性とされた方との濃厚接触がある場合等は、**受講をお断りし、欠席扱いとさせていただきます**ので、予めご了承ください。   ※やむを得ない事情等により、講習の一部を受講しなかった場合には、**翌年度に限り**欠席した科目を受講することにより、講習の全てを受講したと認め、修了評価を受けることが出来ます。   1. 手指の消毒の実施、マスクの着用、咳エチケットにご協力をお願いいたします。 2. 座席間隔の確保や講義室の換気など感染症対策を実施します。 3. 新型コロナウイルス感染症の状況により、中止等変更する場合があります。ご了承ください。 | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **資格認定方法** | | | |  | |
|  | 講習の全て（５０時間）を受講し、かつ講習会最終日に行う修了評価（筆記により実施。実施時間１時間。）において福祉用具専門相談員として必要な知識・技術等の習得が十分であると認めた場合に修了証書及び修了証明書（携帯用）を交付いたします。  なお、講習会最終日に実施した修了評価において、「到達目標」に到達していないと判断され、資格が付与されなかった場合は、別途補講を受講し、評価の結果、必要な知識・技術が習得したと認めた場合には修了証書及び修了証明書を交付いたします。  （補講については**令和３年９月１６日（木）・１７日（金）実施予定**で、いずれかに参加）。  また、講習受講者が、やむを得ない事情等により、講習の一部を受講しなかった場合には、**翌年度に限り**欠席した科目を受講することにより、講習の全てを受講したと認め、修了評価を受けることが出来ます。 | | | | |
| **申 込 方 法** | | | | **申込期間　令和３年５月２５日（火）～ 8月３日（火）** | |
|  | 最終ページの申込書に必要事項記載の上、メール又はＦＡＸでお送りください。  定員になり次第締切らせていただきます。  ※　カリキュラムの編成は変わることがありますのでご了承願います。 | | | | |
| **受 講 料** | | | | **３０，０００円（テキスト代含む）** | |
|  | | ※　受講決定通知に記載の口座に、指定期日までに振り込んで下さい。  ※　受講料振込後に参加不能となったときは、別に定める期限（決定通知に記載）までにお申し出があった場合に限り、手数料を差し引いた額を後日返金いたします。 | | | |
| **会　　場** | | | **公益財団法人東京都福祉保健財団　多目的室１**  東京都新宿区西新宿2-7-1　小田急第一生命ビル19階 | | |
| 【交通】  ・各線  「新宿駅」西口から  徒歩10分  ・都営大江戸線  「都庁前駅」徒歩２分  ・東京メトロ丸の内線  　「西新宿駅」徒歩５分 | | | | |  |

|  |
| --- |
| ※科目（講義順）は組替えとなることがあります。  ※感染症対策のため、【演習】の内容を変更する場合があります。ご了承ください。  **カリキュラム** |

財団ＨＰ（https://www.fukushizaidan.jp/203fukushiyougu/k\_shitei/）

から本申込書をダウンロードし、必要事項を記入した上で

**メール**（[yougumoushikomi@fukushizaidan.jp](mailto:yougumoushikomi@fukushizaidan.jp)）**又は**

**ＦＡＸ（03-3344-8531）**にてお申込みください。

|  |
| --- |
| **送付先　公益財団法人東京都福祉保健財団**  **ＦＡＸ　０３-５２０６-８７４３** |

**福祉用具専門相談員指定講習会受講申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 募集要領を全て確認し、下記「個人情報の取り扱いについて」を承諾の上、８月１８日から開催の本講習会受講を申し込みます。 | | | | | | |
| ふりがな | |  | | 生年月日 | | |
| 氏　　名 | |  | | 昭和  平成 | 年　　月　　日 | |
| ①自宅**（必須）** | 住所 | 〒 | | | | |
| 電話 |  | 携帯 |  | | |
| FAX |  | **※注意：この欄には会社情報等を記載しないでください。**自宅に電話・ＦＡＸがない場合は、②会社等欄に記入をお願いします。 | | | |
| ② | （所在地）〒  （名　称）  （電　話）　　　　　　　　　　　　　　　　（ＦＡＸ）  メールアドレス**（任　意）:** | | | | | |
| 会社等  連絡先 |
| ※　記載された内容が修了者名簿、修了証に記載されます。はっきりと正確に記入してください。 | | | | | | |
| 受講決定通知書は自宅へ送付いたします。特に会社への送付を希望する場合は②会社等連絡先欄に所属部署まで詳しく記入し、右の□にチェック（✓）してください。 | | | | | | □ |

|  |
| --- |
| 指定講習会担当：  〒163-0719　東京都新宿区西新宿2-7-1小田急第一生命ﾋﾞﾙ19階  公益財団法人東京都福祉保健財団　福祉情報部　福祉人材対策室　地域支援担当  **【個人情報の取り扱いについて】**  ご記入いただきました個人情報は、本講習の開催、運営に必要な範囲に限り使用いたします。  なお、講習修了の際は、引き続き修了者名簿において制度運営に必要な情報を管理いたします。 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受付** | **令和　３　年　　　月　　　日** | **番号** | **ZHP** |  |  |