

令和3年度 ぐんま認定介護福祉士認定者フォローアップ研修

主催：群馬県介護高齢課

群馬県社会福祉事業団研修指導センター

講演：「多様な人材の活かし方を考える～外国人ケアワーカー育成のリアル～」

講師：深澤 明史 氏


【プロフィール】

ナーシングホームあい暖 施設長 深澤 明史(ふかさわ あきふみ)
介護福祉士、介護支援専門員、認知症ケア専門士、認知症介護実践リーダー研修修了、
福祉住環境コーディネーター2級、認定特定行為業務従事者、介護福祉士実習指導者、
実務者研修教員講習修了、認知症サポーターキャラバンメイト、第一種衛生管理者、
小学校教諭免許。

平成15年から介護職として県内のグループホーム、特別養護老人ホームに勤務。
平成24年からは、有限会社コスモス 居宅介護支援事業所あい暖にて、管理者
兼ケアマネとして勤務し、平成28年から同法人ナーシングホームあい暖(現所
属)にて副施設長、平成30年7月から施設長に就任。群馬県認知症ケア専門士の
理事としても活躍する傍ら、介護職員初任者研修、介護職員実務者研修、ファース
トステップ研修および各団体が主催の研修会等で講師として活躍している。



- 日時 令和3年8月23日(月) 13:00開会(受付12:20~) 16:20終了予定
- 受講方法 ①会場にて参加 ②Zoomにて参加
 - ・Zoomで受講される場合は、パソコン・タブレットを推奨します。Wi-Fi環境が整っているかお確かめください。Zoomは最新の状態にしてください。スマートフォンで参加される場合は、資料が読みにくいことが考えられますので、ご了承の上お申込みをお願いいたします。
 - ・グループワークがあるため、カメラ機能付き(顔出し)での参加をお願いいたします。
- 会場 特別養護老人ホーム明風園 第1研修室(前橋市亀泉町1-26) (※①の場合)
※敷地内は完全禁煙となっています。
※館内は「土足禁止」となっています。履物のご用意をお願いいたします。
- 対象者 平成21年度~令和元年度の認定者。
- 参加費 1人 500円
(振込みとなります。「受講料振込のお知らせ」をお読みの上、参加費をお振込みください。
- 内容 第1部：講演(13:10~14:50)
第2部：意見交換会(15:05~16:10)
※「外国人ケアワーカーの0JTの実際」についてディスカッションします。
※研修終了後、修了証明書が交付されます。途中参加および途中退会をされた方には、修了証明書の交付はできませんので、あらかじめご了承くださいませようをお願いいたします。
※②で参加の方には、領収証書及び修了証明書を郵送いたします。
- 申込み 申込み書記入欄に必要事項を記入し、本紙を下記のFAX番号へ送信してください。
 - ・会場・Zoom参加ともに先着順のため、定数になり次第受付を終了いたします。
 - ・申込み締切後の受付はいたしませんのでご注意ください。
- 受講決定 締切後、8月6日をめどに「受講決定書」と「受講料振込のお知らせ」を併せてFAX送付いたします。
- 新型コロナウイルスの感染対策について
 - ・別紙、体調確認票へのご記入と、当日朝検温をお願いします。
 - ・会場で参加される方には「体調確認票」を提出していただきますので、当日持参してください。
なお、体温が37.5度以上の場合は、参加を辞退してください。
 - ・建物内に入る前にも検温があります。マスク(飛沫抑制効果の高いもの)を着用の上お越しください。
 - ・研修室内は換気のため窓を開けます。飲み物の用意や調節の出来る服装でお越しください。※集合研修の方は、感染拡大等により中止またはZoom開催となる場合があります。その場合はご連絡いたします。
- その他 本研修は、社会福祉法人群馬県社会福祉事業団が、群馬県より業務受託し行うものです。

■問い合わせ先：  群馬県社会福祉事業団 研修指導センター

電話027-269-7780

※当日の遅刻・欠席は必ずご連絡ください。



【令和3年度ぐんま認定介護福祉士認定者フォローアップ研修 申込書】

＜①会場で参加希望＞

1	氏名	ふりがな	修了年度
			平成・令和 年度 <small>※どちらかに○をつけてください</small>
	連絡先	勤務先名称	現職種
	TEL		
	FAX		
※Zoom開催に変更した場合に希望される方はメールアドレスをご記入ください。			

2	氏名	ふりがな	修了年度
			平成・令和 年度 <small>※どちらかに○をつけてください</small>
	連絡先	勤務先名称	現職種
	TEL		
	FAX		
※Zoom開催に変更した場合に希望される方はメールアドレスをご記入ください。			

＜②Zoomで参加希望＞

1	氏名	ふりがな	修了年度
			平成・令和 年度 <small>※どちらかに○をつけてください</small>
	連絡先	勤務先名称	現職種
	TEL		
	FAX		
メールアドレス			

2	氏名	ふりがな	修了年度
			平成・令和 年度 <small>※どちらかに○をつけてください</small>
	連絡先	勤務先名称	現職種
	TEL		
	FAX		
メールアドレス			

【お申し込み先 FAX 027-264-3522】

開催日2週間前になっても受講決定通知が届かない場合は、お手数ですが研修指導センターまでご連絡ください。研修指導センター TEL027-269-7780

体 調 確 認 票

◎ 新型コロナウイルス感染拡大防止のため、太枠の中をご記入ください。

研修名	ぐんま認定介護福祉士認定者フォローアップ研修	提出日	令和3年8月23日
所 属		受講番号	
所属 電話番号	担当者	氏 名	

* 担当者欄には、研修を辞退する場合の連絡窓口の方をご記入下さい。

質 問 事 項		回 答 欄	
1	この2週間以内に発熱(37.5度以上)がありましたか。	はい	いいえ
2	風邪症状(だるさ、咳、喉の痛み、頭痛、下痢等)がありますか。 具合の悪い症状を書いてください。 ()	はい	いいえ
3	嗅覚・味覚の異常がありますか。	はい	いいえ
4	身近な人で新型コロナウイルス感染症に罹患している人がいますか。	はい	いいえ
5	今朝の自宅での体温	()度	

センター 記入欄	研修指導センターでの検温(玄関前)	()度
	以上の体調確認の結果、本日の研修受講は (可能・見合わせる) と判断します。	

私は、上記事項により、受講辞退の要請に同意します。

令和 年 月 日 氏 名 _____

- * この体調確認票に受講辞退同意のサインをすることで、辞退届の提出とみなします。
- * 受講辞退について、ご自身で所属に報告してください。当センターからも連絡をいたします。
- * また、研修辞退後の健康状態について、当センターから問い合わせをする場合がございます。

辞退後 の経過	(確認日:令和 年 月 日 確認者)
------------	---------------------