

厚生労働省福岡労働局委託事業  
平成30年度 高齢者活躍人材育成事業  
受講生募集のご案内 (講習No.40021)

## 介護予防と生活支援講習会

シルバー人材センターが実施する派遣、請負・委任に就業するための基礎知識・専門知識を学んでいただく技能講習会を開催いたします。

**受講料はテキスト代を含め、無料です。**

### 講習内容

介護保険制度の概要、認知症の理解と介護予防の心得や生活支援の方法など。(裏面のカリキュラムをご覧ください)

### 講習日程

平成30年 9月25日(火)・26日(水)・27日(木)の3日間

### 講習会場

太宰府市シルバー人材センター (裏面の地図をご覧ください)  
≪住所；太宰府市大字大佐野30-1≫

### 受講対象

本技能講習は原則、福岡県内にお住まいの60歳以上の方で、シルバー人材センター会員になって就業していただける方、又はシルバー人材センター会員の方が対象となっております。

### 講習定員

15名

### 申込方法

裏面にある申込用紙に必要事項をご記入の上、お住いの地域のシルバー人材センターに提出いただくか、下記までFAXまたは郵送でお申込みください。

### 申込締切

平成30年 9月14日(金) ※当日必着

### 受講決定

応募者多数の場合、選考基準に従い決定させていただきます。

受講が決定した方には、「受講決定通知」を郵送でお送りします。  
(受講決定者にのみ、お送りします。)

### 申込・問合せ先

申込FAX番号 **092-623-5677**

問合せ電話番号 **092-292-1857** (人材育成事業係直通)

**公益社団法人福岡県シルバー人材センター連合会**

住所；〒812-0046

福岡市博多区吉塚本町9番15号 福岡県中小企業振興センタービル8階



# 平成30年度 高齢者活躍人材育成事業 介護予防と生活支援講習 カリキュラム

日程	日時	時間	研修内容	会場
1 日目	9月25日(火)	10:00~10:30	開講式、オリエンテーション	太宰府市 シルバー人材センター
		10:30~12:00	接遇マナー・心得の基本	
		13:00~15:00	よりよいコミュニケーションについて	
2 日目	9月26日(水)	10:00~11:00	介護保険制度	太宰府市 シルバー人材センター
		11:00~12:00	介護・福祉の理念、職業倫理	
		13:00~14:00	高齢者の理解	
		14:00~16:00	認知症の理解	
3 日目	9月27日(木)	10:00~12:00	生活支援技術	太宰府市 シルバー人材センター
		13:00~14:00	リスクマネジメント、緊急時の対応	
		14:00~16:00	コミュニケーション技術、閉講式	

※カリキュラムの内容については、都合により変更する場合があります。

## 講習会場

## 太宰府市シルバー人材センター

太宰府市大字大佐野30-1



# 《介護予防と生活支援講習会》 講習会受講申込書

(講習No.40021)

講習開始日 平成30年9月25日(火)

申込年月日；平成30年 月 日

氏名		生年月日		年齢	性別
(ふりがな)		大正 昭和		年 月 日	歳 男・女
住所	〒 ー ※マンション・アパート名、部屋番号までご記入願います。				
電話番号	自宅	携帯	FAX		
所属	どちらかに○を付けてください。会員の方は会員番号・入会年月日をご記入ください。 ・一般 ・シルバー人材センター会員(会員番号 ) (入会年月日 平成 年 月 日)				
	上記で一般に○を付けられた方。 シルバー人材センターに入会の意思はありますか。( はい ・ いいえ )				

★ 申込の動機について(受講選考の際に使用しますので具体的にお願いします。)

★ 講習会終了後の働き方についてお尋ねいたします。

① 講習終了後、すぐに働くことができますか。( はい ・ いいえ )
② 上記でいいえの場合、その理由を下記にご記載ください。 _____
③ 週に何日程度働くことができますか。( )日程度
④ 講習内容を活かして、どのような分野で働きたいですか。以下にご記載ください。 _____ _____
ご意見・ご希望など _____ _____

◇個人情報の取り扱いについて◇

個人情報の取り扱いについては「個人情報保護法方針」(プライバシーポリシー)を公益社団法人福岡県シルバー人材センター連合会のホームページ等でご確認ください。(ホームページアドレス；<http://www.fscr.or.jp>)

受講申込み及び受講により取得した個人情報は、「高齢者活躍人材育成事業」における講習業務のほか、高齢者の就業支援のため、本事業の委託先である厚生労働省福岡労働局において、使用する場合がありますので、あらかじめご了承ください。

上記の取り扱いに関して同意いただけましたら、下記の署名欄に自署していただくよう、お願いいたします。

平成 年 月 日 署名；