

平成 24 年度 社会福祉施設職員階層別研修「中堅職員研修 I」開催要領

1. 目的 福祉施設の中堅職員として、現在の社会福祉の課題と組織としての基礎的な活動を理解し専門職としての自覚を高めることを目的とする。
2. 受講対象 大阪市内の社会福祉施設に勤務する福祉業務経験年数が、概ね2年以上5年未満の中堅職員
3. 日程 平成 24 年 8 月 24 日 (金)、29 日 (水) 両日午前 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 大会議室(5 階)
5. 内容 別紙「カリキュラム」のとおり
6. 定員 50 人 (申し込み多数の場合は抽選により決定します)
7. 申し込み 申込期限： 7 月 13 日 (金) 午後 5 時まで
 - (1) F A X で申し込む
受講申込書(別紙)に必要事項を記入し、F A X する
 - (2) ホームページから申し込む
<http://www.wel-osaka.jp/>
8. 受講決定 受講の可否については 7 月 24 日頃に所属長あて郵送でお知らせします。
9. 受講料 **4, 000 円**
10. 修了証 全課程出席者に、大阪市社会福祉研修・情報センター所長名の「修了証書」を交付します。
11. 問合せ先 大阪市社会福祉研修・情報センター (企画研修担当)
/主催 〒557-0024 大阪市西成区出城 2 - 5 - 2 0
電話 (06) 4392-8201 FAX (06) 4392-8272

*研修の情報はホームページ <http://www.wel-osaka.jp/> からダウンロードできます。

今年度の階層別研修予定 (変更の可能性あります)

- ① 新任職員 実務経験 概ね 2 年未満 終了しました。
 - ② 中堅職員 I 実務経験 概ね 2 年以上 5 年未満 今回のご案内です。
 - ③ 中堅職員 II 実務経験 概ね 5 年 以上 10 年未満 9 月 5 日、12 日、20 日
 - ④ 指導的職員 実務経験 概ね 10 年以上で役職のある職員 11 月 28 日、12 月 4 日、11 日
 - ⑤ 施設長等運営管理職員 施設長、副施設長、事務長等の管理職 2 月 14 日、15 日
- *研修のご案内は、開催月の約 1.5~2 か月前頃に当センターホームページにて募集及び関係事業者様に F A X にてお知らせします。

「中堅職員研修Ⅰ」カリキュラム 業務経験年数 概ね2年以上5年未満の職員

| 日程・会場 | 時間 | 科目 | 内容（ねらい） | 講師 |
|----------------------|-------------|---|---|--|
| 8月24日（金） 大会議室（5階） | 9:30～9:45 | 開講式/オリエンテーション | 中堅職員研修Ⅰの科目とねらいを理解する | 大阪国際福祉専門学校 教務主任 川東 光子 （全国社会福祉協議会 「福祉職員生涯研修課程」指導講師） |
| | 9:45～17:00 | （講義・演習） 社会福祉の動向と中堅職員への期待 コミュニケーションの展開 | ・福祉サービスの基本理念と動向への理解を深めるとともに、自身の役割を考える ・職場におけるコミュニケーションの意義を理解する ・話し方、聴き方や文書、記録作成の基本を再確認する ・ホウレンソウの活性化を考える | |
| | | （演習） チームワークの促進 | ・職場におけるチームワークの意義を再確認する ・職場の人間関係形成の基本的態度を身につける ・チームワーク促進の技法を身につける | |
| 8月29日（水） 大会議室（5階） | 9:30～16:45 | （演習） 職員指導育成の基本 | ・職員（後輩）指導の必要性を理解する ・OJTの意義と方法を理解する ・「仕事の教え方」を修得する | |
| | | （演習） 自己啓発・相互啓発の促進 | ・自己啓発、相互啓発の意義を理解する ・能力開発のあり方を理解する ・自身の現状を分析し、行動指針を明確にする ・アクションプランを作成する | |
| | 16:45～17:00 | 閉講式（修了証書交付） | | |

※時間等は、進捗状況により変更になる場合があります。

◆受講申込書◆

送付先：大阪市社会福祉研修・情報センター 企画研修担当

研修名：社会福祉施設職員階層別研修 「中堅職員研修Ⅰ」（締切:7月13日 午後5時）

FAX：4392-8272

記入者名:

| | | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|--|----------------------------------|--------------------|-------|
| 法人名 | | | | | |
| 勤務先名 | | | | | |
| 勤務先種別 | （記入例：特別養護老人ホーム、児童養護施設、救護施設、法人本部など） | | | | |
| 連絡先 | 〒 | | 所在地 | | |
| 電話番号 | | | | FAX番号 | |
| 受講希望者名 | ふりがな | | | 年齢 | 歳 |
| *大きく正確にご記入ください。 | | | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 職種 | 番号 | ①相談員・支援員 ②介護支援専門員 ③介護職 ④保育士 ⑤保健師・看護師 ⑥事務職・管理職 ⑦その他 | 役職 | （記入例:主任、係長、チーフ、なし） | |
| 福祉業務経験年数 *積算基準日 平成24年7月1日 | 年 月 | | 現在の職種経験年数 *積算基準日 平成24年7月1日 | 年 月 | |

備考欄（車いす使用の方、拡大文字資料、手話通訳等を必要とする方はその旨をご記入ください。）

*提供していただきました個人情報は、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。