

福祉用具に関する専門知識を習得するチャンス!

青森開催

福祉用具プランナー研修

eラーニングで受講者の好きな時間に学習できます

受講者

募集中

定員40名

詳細を今すぐCHECK!!

※開催要項、申込書がダウンロードできます



ふくせん

一般社団法人
全国福祉用具専門相談員協会

<http://www.zfssk.com/index>

受講料: 50,000円 (消費税込み)

主催: 一般社団法人 全国福祉用具専門相談員協会 青森県ブロック
共催: 公益財団法人 テクノエイド協会
社会福祉法人 青森県社会福祉協議会 青森県介護実習・普及センター

●研修期間

【eラーニング履修期間】

平成27年10月5日(月) ~ 平成27年12月6日(日)

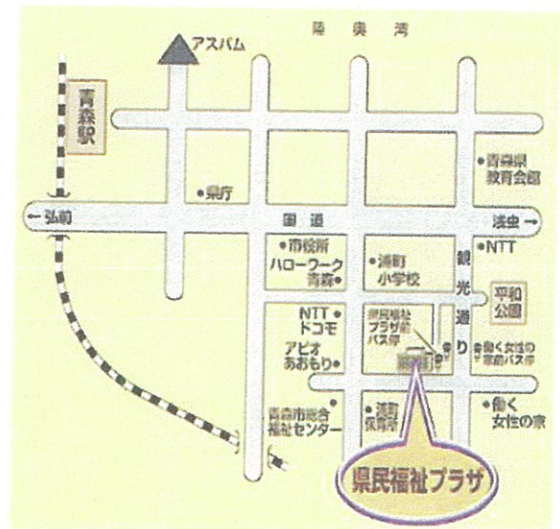
【集合研修】

平成27年11月21日(土) ~ 平成27年11月24日(火)

平成27年12月11日(金) ~ 平成27年12月13日(日)

●集合研修会場

県民福祉プラザ [青森市中央3丁目20-30]



●受講対象者・・・福祉用具関連業務に従事している方 (実務経歴2年以上)

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
福祉用具専門相談員、義肢装具士、介護支援専門員、建築士

受講申込締切日: 平成27年8月28日(金) 必着

問い合わせ先

一般社団法人全国福祉用具専門相談員協会 青森県ブロック
東洋シルバーサービス株式会社内/担当: 成田
〒030-0963 青森市中佃3丁目7-23
TEL: 017-743-4848 / FAX 017-743-4888

平成 27 年度 福祉用具プランナー研修 開催要項

1. 目的

「福祉用具プランナー研修」は、介護の現場等において適正な福祉用具の利用が促進されるよう、福祉用具の取扱いに関する知識や個々の福祉用具の利用方法などの専門知識を有する人材の育成を図るとともに、福祉用具供給に携わる様々な職種の方に、福祉用具の適正な取扱いについての共通認識を育て、その共通認識を基盤として総合的に生活支援を行うための知識・技術の習得を目的とする。

2. 主催

一般社団法人全国福祉用具専門相談員協会 青森県ブロック

3. 共催

公益財団法人テクノエイド協会
青森県介護実習・普及センター

4. 受講対象者

「受講資格条件」、「実務経歴」及び「eラーニング受講条件①～③」を満たしている者

【受講資格条件】

- (1) 指定福祉用具貸与事業所又は指定特定福祉用具販売事業所において、福祉用具専門相談員として、その業務に従事している者
- (2) 福祉用具関連業務に従事している下記の者
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、介護支援専門員、建築士
- (3) その他、特に研修受講の有効性があり、当協会が認める者

【実務経歴】

福祉用具関連業務に2年以上従事した経験があり、現在も従事している者

【eラーニング受講条件】

- ① 自宅もしくは職場等でインターネット接続可能なパソコンがあること。
※「eラーニングの受講のためのPC環境に係る要件」(別紙1参照)
- ② 一般的なパソコンの操作ができること。
- ③ 受講者個人用のメールアドレスを所持していること。

5. 研修内容

公益財団法人テクノエイド協会が定める 100.5 時間のカリキュラムを履修する。
(別紙 2 参照)

6. 研修期間、研修会場及び受講定員

(1) eラーニング研修履修期間：

平成 27 年 10 月 5 日 (月) ～平成 27 年 12 月 6 日 (日)

(2) 集合研修：平成 27 年 11 月 21 日 (土) ～24 日 (火)

平成 27 年 12 月 11 日 (金) ～13 日 (日) 合計 7 日間

(3) 研修会場：県民福祉プラザ

青森県青森市中央 3 丁目 20-30 (別添地図参照)

(4) 受講定員：40 人

7. 申込方法

研修の受講を希望される方は、次の (1) ～ (3) の書類全て (サイズは A 4 に統一) を受講申込締切日までにふくせん青森県ブロック事務局に郵送又は持参して下さい。

(1) 受講申込書

(2) 実務経歴証明書

(3) 資格取得証明書の写し

8. 受講申込締切日

平成 27 年 8 月 28 日 (金) 必着

9. 受講料(受講決定後に支払方法指示)

50,000 円 (消費税込み)

福祉用具プランナー受講料 30,000 円 (税込)

eラーニング利用料・福祉用具プランナーテキスト代 20,000 円 (税込)

※インターネットに係る通信料 (回線料) は、受講料には含まれません。

10. 受講決定と集合研修受講票等の送付

(1) 受講希望者が定員を超過した場合は、受講の要件を満たした者の中から抽選で受講の可否を決定します。

(2) 受講決定者には 9 月上旬に受講料等のお振込みについてのご案内を送付いたします。入金を確認できた方へ集合研修受講票をお送りします。

なお、「福祉用具プランナーテキスト」、「eラーニング利用料」につきましては、公益財団法人テクノエイド協会よりご案内をご登録いただきましたメールへ送信し、入金を確認できた方へ福祉用具プランナーテキスト、eラーニング研修についてのログイン方法等をお送りします。

(3) 受講ができない方についても、9 月上旬にその旨通知いたします。

11. 研修修了証書の交付

次の (1) 及び (2) の条件を満たした者を研修修了者とし、公益財団法人テクノエイド協会理事長名による福祉用具プランナー研修修了証書を交付します。

- (1) eラーニング研修履修期間内に、eラーニング研修全科目を履修し、各科目修了試験に合格すること。
- (2) 集合研修において全科目を履修し、集合研修修了試験で一定以上の成績を修めること。

1 2. 個人情報の取扱いについて

- (1) 本研修申込者に関する個人情報は、受講承認に係る作業（受講可否の決定、通知送付等）に使用します。
- (2) 本研修受講者に関する個人情報は、研修事業運営に係る作業（受講者名簿の作成、資料の送付、履修状況管理、修了証書の交付等）及び統計資料の作成等に使用します。
- (3) これらの個人情報は、公益財団法人テクノエイド協会が適切に管理し、上記以外の目的で使用や、本人の了承なく第三者に提供することはありません。

1 3. その他

本研修は一般社団法人全国福祉用具専門相談員協会が実施している研修ポイント制度の対象研修です。

1 4. 問い合わせ先

一般社団法人全国福祉用具専門相談員協会 青森県ブロック
東洋シルバーサービス株式会社内／担当：成田
〒030-0963 青森県青森市中佃3丁目7-23
TEL：017-743-4848／FAX：017-743-4888

eラーニング研修に関する問い合わせ先

公益財団法人テクノエイド協会 普及部 担当：湯浅（ゆあさ）
TEL 03-3266-6884 FAX 03-3266-6885

eラーニングの受講のためのPC環境に係る要件

Microsoft Windows 8.1

OS	Windows 8.1 [32 ビット版 / 64 ビット版] ※日本語版のみの保証となります。
ブラウザ	Microsoft Internet Explorer 11 [デスクトップ版] ※Microsoft Internet Explorer 11 の拡張保護モードには対応していません。
ソフトウェア	Microsoft Silverlight 5 以上 [PowerPoint型 / 映像参照型コンテンツ] Adobe Flash Player 11 以上 [映像参照型コンテンツ] Adobe Acrobat Reader [PDF 型コンテンツ] ※コンテンツに応じて必要になります。
CPU	お使いのOSが推奨する環境以上
メモリ	お使いのOSが推奨する環境以上
ディスプレイ	解像度1024×768 以上 / High Color 以上
ネットワーク	512kbps 以上
その他	コンテンツに音声が含まれる場合、サウンド再生機能が必要です。

Microsoft Windows 8

OS	Windows 8 [32 ビット版 / 64 ビット版] ※日本語版のみの保証となります。
ブラウザ	Microsoft Internet Explorer 10 [デスクトップ版] Google Chrome、Firefox 3.x 以上 ※Microsoft Internet Explorer 10 [Windows ストア アプリ]には対応していません。 ※Microsoft Internet Explorer 10 の拡張保護モードには対応していません。
ソフトウェア	Microsoft Silverlight 5 以上 [PowerPoint型 / 映像参照型コンテンツ] Adobe Flash Player 11 以上 [映像参照型コンテンツ] Adobe Acrobat Reader [PDF 型コンテンツ] ※コンテンツに応じて必要になります。
CPU	お使いのOSが推奨する環境以上
メモリ	お使いのOSが推奨する環境以上
ディスプレイ	解像度1024×768 以上 / High Color 以上
ネットワーク	512kbps 以上
その他	コンテンツに音声が含まれる場合、サウンド再生機能が必要です。

Microsoft Windows 7

OS	Windows 7 [32 ビット版/64 ビット版] ※日本語版のみの保証となります。
ブラウザ	Microsoft Internet Explorer 8~11 [32 ビット版/64 ビット版] Firefox 3.x 以上、Safari 3.x 以上、Google Chrome ※Microsoft Internet Explorer 10、11 の拡張保護モードには対応していません。
ソフトウェア	Microsoft Silverlight 4 以上 [PowerPoint 型 / 映像参照型 コンテンツ] ※1 Adobe Flash Player 10 以上 [映像参照型 コンテンツ] Adobe Acrobat Reader [PDF 型 コンテンツ] ※1Microsoft Internet Explorer 9 [64 ビット版] は Microsoft Silverlight 5 のみ対応しています。 Microsoft Silverlight 4 は Microsoft Internet Explorer 9 [64 ビット版] に対応していません。 Microsoft Silverlight 5 は Safari に対応していません。 ※Adobe Acrobat Reader は Microsoft Internet Explorer 9 [64 ビット版] に対応していません。 ※コンテンツに応じて必要になります。
CPU・メモリ	お使いの OS が推奨する環境以上
ディスプレイ	解像度 1024×768 以上/High Color 以上
ネットワーク	512kbps 以上
その他	コンテンツに音声が含まれる場合、サウンド再生機能が必要です。

Microsoft Windows Vista

OS	Windows Vista (Service Pack 1 以上) [32 ビット版] ※日本語版のみの保証となります。
ブラウザ	Microsoft Internet Explorer 7~9 [32 ビット版] Firefox 3.x 以上、Safari 3.x 以上、Google Chrome
ソフトウェア	Microsoft Silverlight 4 以上 [PowerPoint 型 / 映像参照型 コンテンツ] Adobe Flash Player 10 以上 [映像参照型 コンテンツ] Adobe Acrobat Reader [PDF 型 コンテンツ] ※Microsoft Silverlight 5 は Safari に対応していません。 ※コンテンツに応じて必要になります。
CPU・メモリ	お使いの OS が推奨する環境以上
ディスプレイ	解像度 1024×768 以上/High Color 以上
ネットワーク	512kbps 以上
その他	コンテンツに音声が含まれる場合、サウンド再生機能が必要です。

OS	OS X v10.9 Mavericks OS X v10.8 Mountain Lion OS X v10.7 Lion Mac OS X v10.6 Snow Leopard [32 ビット版] Mac OS X v10.5 Leopard [32 ビット版]
ブラウザ	Safari 3.x 以上
ソフトウェア	Microsoft Silverlight 4 以上、Adobe Flash Player 10 以上、Adobe Acrobat Reader ※コンテンツに応じて必要になります。
CPU	1.6 GHz 以上のプロセッサ
メモリ	512MB 以上
ディスプレイ	解像度 1024×768 以上/High Color 以上
ネットワーク	512kbps 以上
その他	コンテンツに音声が含まれる場合、サウンド再生機能が必要です。

平成27年度 福祉用具プランナー研修受講申込書

公益財団法人テクノエイド協会理事長 殿		平成	年	月	日
福祉用具プランナー研修(全国福祉用具専門相談員協会青森県ブロック実施分)の受講を申込みます。					
申込者氏名等	フリガナ 氏名	性別 男 ・ 女			
	〒 住所	年齢 歳			
	TEL () /FAX ()				
メールアドレス	【2つ記入して下さい】 メインアドレスに送信出来なくなった場合、予備アドレスにご連絡する場合があります。				
メインアドレス					
予備アドレス					
主たる業務内容に関する資格	資格名	取得年月日(昭和・平成 年 月)			
その他保持資格	資格名	取得年月日(昭和・平成 年 月)			
	資格名	取得年月日(昭和・平成 年 月)			
勤務先	名称(営業所、支店名等までお書きください)				
	〒 住所	都道 府県			
	TEL () /FAX ()				
	(業種・施設種別:該当するものに○印) 1.福祉用具貸与事業者 2.福祉用具販売事業者 3.その他の指定居宅サービス事業者 4.居宅介護支援事業者 5.特別養護老人ホーム 6.社会福祉協議会 7.行政 8.介護実習・普及センター 9.高齢者総合相談センター 10.病院・診療所 11.リハビリテーションセンター 12.公設展示場 13.福祉用具製造事業者 14.老人保健施設 15.介護療養型医療施設 16.住宅改修事業者 17.教育機関 18.その他(具体的に)				
勤務先での 業務内容 従事期間	-福祉用具に関連する主な業務内容 [-従事期間 (昭和・平成 年 月 ~ 現在)				
プラネット会員の方は ご記入ください	会員番号				
資料等送付先	【 自宅 ・ 勤務先 】 ※いずれかに○印				

実務経歴証明書

平成 年 月 日

公益財団法人 テクノエイド協会理事長 殿

〒
住 所

所属先名

代 表 者 名

印

下記の者の実務経歴は、以下のとおりであることを証明する。

氏 名	
福祉用具に関連する業務内容	
従事期間	昭和・平成 年 月 ~ 昭和・平成 年 月 (年 ヶ月間)

実務経験は通算で2年以上必要です。業務に従事した施設・事業等が複数にわたる場合はコピーしてお使いください。