

2017年度 成年後見人材育成研修開催要綱

成年後見人材育成研修は、公益社団法人佐賀県社会福祉士会 佐賀県成年後見センターぱあとなあ（以下、「佐賀県成年後見センターぱあとなあ」）によって実施される研修です。

「佐賀県成年後見センターぱあとなあ」は、誰もが地域で安心して暮らせることを目指す地域福祉活動として、判断能力が不十分な方の生活を権利擁護の観点から支援を行う、「後見等」の事業を実施しています。

1. **研修目標**
- (1) 社会福祉士会の権利擁護センターぱあとなあ成年後見人等候補者名簿に登録し、社会福祉士の専門職後見人としての社会福祉士が身につけるべき知識・技術取得し、権利擁護センターにおける成年後見人としての一定の力量を確保する。
 - (2) 地域で相談援助にあたる者が、成年後見制度活用の知識、技術を修得すること。

2. **日 時** <成年後見人材育成研修>

1日目	2017年6月17日（土）	9時20分～17時10分
2日目	2017年7月1日（土）	9時30分～16時50分
3日目	2017年7月15日（土）	9時20分～17時00分
4日目	2017年7月29日（土）	9時50分～16時20分

<名簿登録研修>

5日目	2017年8月5日（土）	9時20分～16時50分
-----	--------------	--------------

3. **会 場** 公益社団法人 佐賀県社会福祉士会
佐賀県佐賀市八戸溝1丁目15番3号

4. **カリキュラム（予定） 別紙参照**
- (1) 講義・演習等：4日間 23時間
 - (2) 事前課題：指定する5科目は「事前課題」を提出して頂きます。
課題については、その都度ご案内します。

5. **受講要件** 次の要件すべてを満たす者
- (1) 都道府県社会福祉士会に所属する社会福祉士
 - (2) 都道府県社会福祉士会の会長推薦を受けた社会福祉士

その他

*各支部で独自の要件を課す場合がありますので、各支部へご確認下さい。

6. **受講定員** 50名
7. **受講費** 50,000円（別途市販テキスト代、約13,000円が必要となります）
8. **申 込** 別紙申込用紙に必要事項をご記入のうえ、所属社会福祉士会より会長推薦を受け、事務局にFAXまたは郵送にてお申込ください。

- ◆申込先 公益社団法人 佐賀県社会福祉士会
◆申込期間 4月1日（土）～ 5月19日（金）（定員となり次第締め切ります。）

9. **受講者決定** 受講決定は、あらかじめ決められた定員に基づき、「佐賀県成年後見センターぱあとなあ」で決定します。

10. **受講可否の連絡等**

- ・受講可否は、5月31日ごろまでに郵便にてご連絡します。申込者が定員を超えた場合は、受講できない場合がありますのでご了承ください。
- ・受講申込が一定数に満たない場合は、研修開催を中止することがありますのでご了承ください。
- ・会場案内、受講費の納入方法、テキストの購入方法、事前課題、およびキャンセル等の扱いについては、受講可否の連絡時にご案内します。

11. **修了要件** 研修の修了には、次の基準を満たす必要があります。

- ・面接授業の出席が100%であること
- ・事前課題を提出すること
- ・修了評価で一定の水準をみたすこと

12. **研修単位について**

(1) 日本社会福祉士会の生涯研修制度においては、新生涯研修制度では専門課程の2単位となり、旧生涯研修制度では「専門分野別研修」となります。

(2) 本研修は、認定社会福祉士制度の研修として認証されています。

認証科目：後見制度の活用（成年）（分野専門/高齢分野、ソーシャルワーク機能別科目群）

単位数：2単位

認証番号：20160024

注：分野については、認定社会福祉士の認定申請をするときに、自身の申請をしようとする分野の単位として扱う事ができます。「後見制度の活用（成年）」は、高齢分野のほか、障害分野、医療分野、地域社会・多文化分野の認定申請者も各分野の単位として扱う事ができます。

13. **主 催** 公益社団法人 佐賀県社会福祉士会 佐賀県成年後見センターぱあとなあ

問合せ先 公益社団法人佐賀県社会福祉士会事務局（担当 三角・末崎）
〒849-0935 佐賀県佐賀市八戸溝1丁目15番3号
電話：0952-36-5833 FAX：0952-36-6263
E-mail：shadan-saga2@cosmos.ocn.ne.jp

2017年度 成年後見人材育成研修受講申込書

下記の通り申し込みます。

所属都道府県			
社会福祉士会名			
(ふりがな) 申込者氏名	生年月日：S・H 年 月 日生		
	※修了証に記載します。ご記入お願い致します。		
連絡先住所	〒 _____		
連絡先電話番号			
連絡先FAX番号	(※ある場合)		
受講要件の確認 ※□に■(チェック)を入れてください。 ※要件の全てを満たす必要があります。	<input type="checkbox"/> 会員番号		
	<input type="checkbox"/> 社会福祉士登録番号		
	<input type="checkbox"/> 研修修了後、権利擁護センターぱあとに名簿登録し、受任できる		
	<input type="checkbox"/> カリキュラムの全課程を出席できる		
	※いずれかにチェックの上、基礎研修Ⅲについては修了年度を記載ください。		
	<input type="checkbox"/> 基礎研修Ⅲを受講済み(修了年度： _____ 年度)		
	※各県士会によって要綱が異なるため、ご所属の県士会へお問合わせください。		
	<input type="checkbox"/> 旧基礎研修を受講済み		
	<input type="checkbox"/> 名簿登録研修に参加できる。		
	※名簿登録研修のお申込先は、ご所属の県士会へお問合わせください。		
その他			

※受講に関して特に配慮が必要な場合は「その他」に具体的な内容を記入して下さい。

【申込方法】 必要事項をご記入のうえ、所属社会福祉士会より会長推薦をうけ、佐賀県社会福祉士会事務局まで FAX または郵送にてお申し込みください。

【申込先】 公益社団法人 佐賀県社会福祉士会
〒849-0935 佐賀県佐賀市八戸溝1丁目15番3号
TEL : 0952-36-5833 FAX : 0952-36-6263

【申込期間】 平成29年4月1日(土)～平成29年5月19日(金)
※定員になり次第締め切ります。

【都道府県社会福祉士会記入欄】 以下の欄には申込者は記入しないでください。

<p style="text-align: center;">上記の者の「2017年度 成年後見人材養成研修」の受講を推薦します。</p> <p style="text-align: center;">_____ 社会福祉士会 会長 _____ 印</p>

※各都道府県社会福祉士会は、推薦の可否について申込者に連絡してください。