

令和 7 年 8 月 8 日

令和 5, 6 年度相談支援従事者初任者研修修了者 各位
相談支援事業所の皆様

一般社団法人茨城県心身障害者福祉協会
茨城県障害相談支援事業所マネジメント協会
会長 檜山 太一
(公印省略)

相談支援従事者研修（初任者）フォローアップ研修の開催について

日頃から本協会の事業にご協力を頂き、厚くお礼申し上げます。

さて、令和 5 年度及び 6 年度に相談支援従事者初任者研修を受講された方、経験が浅い方などを対象とした相談支援従事者の初任者フォローアップ研修を企画いたしました。つきましては下記の通り受講者を募集いたしますので、是非この機会にお申し込みください。

記

- 日時:令和 7 年 9 月 9 日(火) 午前の部 10:00~12:30 / 午後の部 13:30~16:00
※午前のみ、午後のみのご参加も可能です。
- 場所: セキショウ・ウェルビーイング福祉会館 4F 大研修室
- 受講対象者:令和 5、6 年度に相談支援従事者初任者研修を受講した方
ここ数年で初任者研修を修了した相談支援専門員
基本的なことを学び直したい相談支援専門員、研修内容に興味がある方 など
- 参加費:茨城県障害相談支援事業所マネジメント協会会員 1,000円
非会員 2,000円
- 募集定員:30 名程度(先着順)
- 内容:午前の部:サービス担当者会議の基本的な考え方、進め方
午後の部:モニタリングの基本的な考え方、進め方
※午後の研修はご自身の担当するケースのモニタリング報告書を 1 ケースお持ち頂きます。
- 申込方法:申込用紙(別紙 1)に受講者情報をご記入の上、下記メールアドレスに申込用紙を添付しお送りください。また、申込用紙について名前を「事業所名」に変更し、メールの件名は「初任者フォローアップ研修」としてください。

申込先:kensyuu2@harness.jp

※申込書の名前を「事業所名」に変更し、メールの件名を「初任者フォローアップ研修」としお送りください。

申込締切:令和 7 年 8 月 27 日(水)

8 受講決定について

先着順とさせていただきます。また、受講の可否については、申込書に記載のメールアドレスあてに 8 月 29 日(金)までにご連絡する予定です。

連絡先

茨城県障害相談支援事業所マネジメント協会
〒310-0851 水戸市千波町 1918 番地
茨城県総合福祉会館 1F
(一社)茨城県心身障害者福祉協会内

TEL029-350-2770 FAX029-243-4429

(担当:八木)