**高知県災害派遣福祉チーム（第３期）養成研修　開催要項**

１．目　　的

災害時に、一般避難所において高齢者、障害者、乳幼児その他特別な配慮を必要とする災害時要配慮者を支援するため、高知県災害派遣福祉チームのチーム員を養成する。

２．日　　時

令和４年１１月２３日（水・祝）９：３０～１６：３０（９：００受付開始）

３．内　　容

|  |  |
| --- | --- |
| 　９：３０ | 開会・オリエンテーション（５分）　挨拶：高知県災害福祉支援ネットワーク会議　会長 |
| 　９：３５ | 行政説明「災害派遣福祉チーム」についての基本事項（５０分）　説明：高知県地域福祉政策課　災害時要配慮者支援室担当 |
| １０：３５ | 演習Ⅰ「ディスカッション～避難所における福祉ニーズを考える」（100分）　講師：高知県災害福祉支援ネットワーク会議　事務局 |
| １２：１５ | 昼食休憩（５５分） |
| １３：１０ | 事務局説明「災害派遣福祉チームの活動」（６０分）　説明：高知県災害福祉支援ネットワーク会議　事務局 |
| １４：２０ | 演習Ⅱ「一般避難所での災害派遣福祉チームの活動」（120分）　講師：高知県社会福祉法人経営者協議会　災害福祉支援委員会 |
| １６：２０ | 修了式（１０分）　チーム員登録証交付 |

４．場　　所　　四万十市社会福祉センター　２階大会議室（四万十市右山五月町８－３）

５．主　　催　　高知県

６．研修実施　　社会福祉法人高知県社会福祉協議会

７．対　　象　　①と②のすべてにあてはまる者。

①　社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、保育士、看護師、理学

療法士、作業療法士、言語聴覚士、相談支援専門員、医療ソーシャルワーカー、介護職

員、生活相談員、生活支援員、地域包括支援センター職員で、業務経験が３年以上の者

②　所属する社会福祉施設・事業所等の長の承認を受け、施設・事業所等で構成される事業者団体・職能団体に所属している者

８．定　　員　　３０名

９．受講料　　無料

10．受講申込　　所属団体へ締切期日までにお申し込みください。

11．受講決定　　令和４年１０月２８日（金）までに受講申込者へＦＡＸで通知します。

12．問い合わせ

　　社会福祉法人高知県社会福祉協議会　法人振興課（担当：岡本）

　　　〒780-8567　高知市朝倉戊３７５－１　県立ふくし交流プラザ１階

　　　電話：０８８－８４４－４６１１　　ＦＡＸ：０８８－８４４－９４４３

**高知県災害派遣福祉チーム（第３期）養成研修　受講申込書**

社会福祉法人高知県社会福祉協議会長　様

令和４年　　　月　　　日

　下記のとおり、高知県災害派遣福祉チーム（第３期）養成研修の受講を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 所属団体 |  |
| ふりがな |  | 生年月日 | （西暦）年　　　月　　　日 |
| 氏　名 |  |
| 性　別 | 男　・　女 | 年　齢 | 歳 |
| 本人住所 | **〒** |
| 本人携帯電話 |  | 本人メール |  |
| チーム員対象資格 | 社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士・介護支援専門員・保育士・看護師理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・相談支援専門員・医療ソーシャルワーカー・介護職員・生活相談員・生活支援員・地域包括支援センター職員　※あてはまるものすべてに○ |
| 通算業務経験　　　　年　　　　月　※上記通算業務経験３年以上必要 |
| 勤務先法人名 |  |
| 勤務先施設・事業所名 |  |
| 勤務先所在地 | **〒** |
| 勤務先電話 |  | 勤務先ＦＡＸ |  |

（記入上の注意）

　①　「チーム員対象資格」欄は、あてはまるものすべてに〇をつけ、その通産業務経験年

数を記入してください

　②　記入いただいた内容は、研修の運営管理、高知県災害派遣福祉チームの登録管理に使

用いたします。