

受講生 募集開始!

地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター指定

両備の「介護予防運動指導員」 資格養成講座

平成24年の介護保険法改正では、より『介護予防』に重点が置かれました。今後、介護予防はますます重要になる分野です。東京都健康長寿医療センターが認定する『介護予防運動指導員』資格は、高齢者筋力向上トレーニング（CGT）等の専門的介護予防プログラムを指導できるインストラクターのことで、ご高齢の方々の健康生活を支援するスペシャリストです。



※イメージ写真

- 受講日程：
2012/11/11（日）・14（水）・18（日）・21（水）・28（水）・12/2（日）
全6日間、31.5時間。詳細は日程表（裏面）参照。
- 会場／所在地：
・岡山ケアセンター 両備サン・オークス 1F デイフロア / 岡山県岡山市中区森下町5-5
・サン・オークス倉敷 8F カルチャールーム / 岡山県倉敷市大島526-1
- 受講資格：
HP2級を取得の上、2年以上の実務経験がある方等 ※詳細は、別紙「受講申込書」をご覧ください。
- 受講料：
¥60,000（税込・テキスト代含む）
紹介割引制度あり。両備社員及び当講座受講経験者からの紹介がある場合は、受講料5割引!
- 講師：
池田 綱政（介護予防主任運動指導員）
- お申し込み・お問い合わせ：
下記までメールにてお申し込み・お問い合わせください。
- 定員：
講習は『16名』までの定員制、先着順とさせていただきます。あらかじめご了承ください。

<お申し込み・お問い合わせ窓口>



株式会社両備ヘルシーケア 営業本部 介護予防事業担当

〒703-8237 岡山県岡山市中区森下町5-5

TEL. 086-238-6050 FAX.086-238-6051 E-mail. ikeda@ryobi-hc.jp 【担当】池田

平成24年度 第2回 両備の『介護予防運動指導員』資格養成講座日程

日程	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目
日付	2012/11/11(日)	2012/11/14(水)	2012/11/18(日)	2012/11/21(水)	2012/11/28(水)	2012/12/2(日)
場所	サン・オークス倉敷	岡山ケアセンター 両備サン・オークス	サン・オークス倉敷	岡山ケアセンター 両備サン・オークス	岡山ケアセンター 両備サン・オークス	サン・オークス倉敷
時間	8:30~ (オリエンテーション 8:45~)	16:45~	8:45~	18:15~	18:15~	8:45~
9:00 ┆ 10:30	介護予防概論 【講義】 8Fカルチャールーム		転倒予防特論 【講義】 8Fカルチャールーム			介護予防統計学 【講義】 8Fカルチャールーム
10:45 ┆ 12:15	行動科学特論 【講義】 8Fカルチャールーム		失禁予防特論 【講義】 8Fカルチャールーム			低栄養予防特論 【講義】 8Fカルチャールーム
13:15 ┆ 14:45	リスクマネジメント 【講義】 8Fカルチャールーム		転倒予防プログラム 【実習】 1Fフィットネスルーム			口腔機能向上特論 【講義】 8Fカルチャールーム
15:00 ┆ 16:30	介護予防評価学 【講義】 8Fカルチャールーム		失禁予防プログラム 【実習】 1Fフィットネスルーム			認知症予防特論 【講義】 8Fカルチャールーム
16:45 ┆ 18:15	高齢者筋力向上 トレーニング特論 【講義】 8Fカルチャールーム	高齢者筋力向上 トレーニング実践 【実習】 1Fデイフロア	介護予防評価学 【実習】 1Fフィットネスルーム			修了試験 16:45~17:45 8Fカルチャールーム
18:30 ┆ 20:00		高齢者筋力向上 トレーニング実践 【実習】 1Fデイフロア		高齢者筋力向上 トレーニング実践 【実習】 1Fデイフロア	高齢者筋力向上 トレーニング実践 【実習】 1Fデイフロア	
20:00 ┆ 21:30		高齢者筋力向上 トレーニング実践 【実習】 1Fデイフロア		高齢者筋力向上 トレーニング実践 【実習】 1Fデイフロア	高齢者筋力向上 トレーニング実践 【実習】 1Fデイフロア	

- ・ 1日目は8:30から、サン・オークス倉敷8Fカルチャールームにて受付を開始します。オリエンテーションを8:45から実施します。
- ・ 【実習】は、身体を動かしやすい服装(トレーニングウェア・シューズ※)で受講してください。※会場は全て土足厳禁です。
- ・ 【お昼休憩12:15~13:15(サン・オークス倉敷会場)】は、8F喫茶コーナーをご利用ください。喫煙については、全館禁煙となっております。所定の場所以外での喫煙は厳禁です。喫煙場所は、オリエンテーションの際にお知らせします。

両備の介護予防運動指導員養成講座

受講申込書

私は、下記「個人情報の取り扱いについて」に同意のうえ、「介護予防運動指導員養成講座」の受講を申し込みます。

※太線枠内の必要事項をもなくご記入ください。

平成 年 月 日 株式会社両備ヘルシーケア御中

フリガナ		性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日	()歳
ご署名									
ご住所	〒								
電話番号	()	—	携帯電話	()	—				
メールアドレス	@						今後弊社からの案内をお送りしてもよろしいでしょうか？		はい・いいえ
所属先 (施設)	名称			電話番号					
	住所			() —					
保有資格	●受講には下記のいずれかの資格が必要です。								
	<input type="checkbox"/> 訪問介護員1級 <input type="checkbox"/> 訪問介護員2級 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師(准看護師含む)								
	<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> はり師 <input type="checkbox"/> 灸師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師								
	<input type="checkbox"/> 栄養士(管理栄養士含む) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 健康運動指導士等 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師								
	<input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修の修了者 <input type="checkbox"/> 上記国家資格の養成校等の卒業見込みかつ取得見込み者(国家試験受験者)								
割引制度の区分	<input type="checkbox"/> 両備グループ社員割引(所属先): <input type="checkbox"/> 紹介割引(紹介者名):								
	<input type="checkbox"/> 非該当								
お支払方法	<input type="checkbox"/> 現金一括 両備ヘルシーケア 各事業所(1F事務所)まで直接お納めください。								
	<input type="checkbox"/> 銀行振り込み 中国銀行 本店(普通) 3241828								
申込講座	開講日:平成()年()月()日								

個人情報の取り扱いについて

ご記入いただいたお客様の個人情報の使用目的は以下の通りです。

- ①弊社からのフォローアップ等のご案内
- ②お客様との連絡及び満足度等の調査
- ③地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター「介護予防運動指導員名簿」

【問い合わせ窓口】株式会社両備ヘルシーケア 営業本部 (開示などの請求は下記窓口で承ります。)

TEL:086-238-6050 ●受付時間:9時~18時

※「健康運動指導士等」に該当する資格は以下の通りです。

●健康運動指導士および健康運動実践指導者<健康・体力づくり事業団>●ヘルスケア・トレーナーおよびヘルスケア・リター<中央労働災害防止協会>●競技別指導者資格(教師・上級教師)<日本体育協会>●スポーツプログラマー1種および2種<日本体育施設協会>●ヘルスフィットネスインストラクター<AGSM>●アスレチックトレーナー<NATA>パーソナルトレーナーおよびフィットネストレーナー(旧フィットネスカウンセラー)<AFAA>●エアロビックスインストラクター<JAF&A>●スポーツ指導員(中級)・(上級)<日本障害者スポーツ協会>●体育系大学の体育学部並びに社会体育系専門学校等卒業者

証明書(下記の書類をご提出ください。)

訪問介護員

1級2級修了者

修了証明書の写し

実務経験証明書

その他資格の保有者

資格を証明するものの写し

実務経験証明書

※下記の者は、介護業務の実務経験を有することを証明します。

平成 年 月 日

氏名		従事職種	
施設団体名		施設種別	
代表者氏名	公印	指定事業者番号	
住所	〒	電話番号	() —
従事期間	昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日 / 在籍中		
	●勤務年数: 年 月 ●実務勤務日数: 日		

- ◆「実務経験証明書」は訪問介護員1級・2級修了者の方のみご提出ください。
- ◆「実務経験証明書」は、必ず公印をいただいでください。勤務先・所属先の「在職証明書」(従事期間が確認できるもの)でも構いません。
- ◆受講条件確認のため、公印・記入漏れがある場合は受け付けできませんのでご注意ください。
- ◆実務経験については、2年以上の実務経験の内、実務勤務日数が360日以上必要となります。
- ◆複数の事業所(施設)での勤務を合計して2年以上の従事期間、360日以上の実務勤務日数になる場合は、本用紙をコピーし、事業所(施設)ごとに「実務経験書」に記入していただき、まとめてご提出ください。

弊社処理欄	受講生No.	確認印