

**2018年度（公社）北海道社会福祉士会主催  
権利擁護実践研修会 案内**

**1 研修のねらい**

本研修では、単に成年後見制度紹介だけの役割ではなく、制度を活用するために対象者を適切にスクリーニングする視点や、申立支援について知識を深めるとともに、後見人等が選任された後の専門職後見人の活動を学ぶことで、権利擁護に関する実践力向上を目指すことを目的に研修会を実施します。

**2 日時・会場** 2018年11月11日（日）13:00～16:30（受付12:30～）  
会場：かでの2・7 820研修室（札幌市中央区北2条西7丁目）

**3 主 催** 公益社団法人 北海道社会福祉士会

**4 後援（予定）** 北海道・札幌市・札幌弁護士会・北海道社会福祉協議会・札幌市社会福祉協議会

**5 プログラム** 2頁をご覧ください

**6 定 員** 80名（定員になり次第締め切ります）

**7 対 象 者** (1) 地域包括支援センターに勤務する社会福祉士および専門職  
(2) 北海道社会福祉士会権利擁護センターぱあとなあ名簿登録者  
(3) 成年後見支援センター等に勤務する司法書士・社会福祉士  
(4) 虐待対応専門職チーム登録者・登録予定者等の弁護士および社会福祉士  
(5) 市町村担当職員

**8 受 講 費** 会員 3,000円 ・ 非会員5,000円（食事、宿泊費、旅費は含みません）  
\*北海道社会福祉士会への入会手続き中の方は、会員扱いとさせていただきます。  
\*受講費には資料代を含みます。

**9 申 込 締 切** 2018年10月31日（水）  
（定員になり次第締め切ります）

- 10 申込方法 受講費は前払いとなります。振込票控えを申込書に添付し、「2018年度 権利擁護実践研修会申込書」に必要事項を記入の上、当会事務局までFAX又は郵送でお申ください。

振込後のキャンセルにつきましては、11月1日(木)までのキャンセルの場合は、手数料1,000円を差し引いた額を返金させていただきますが、11月2日(金)以降のキャンセルの場合は返金いたしませんのでご了承下さい。

《振込先》

・郵便振替口座 02720-3-64711

・名 義 公益社団法人北海道社会福祉士会

※振込用紙は郵便局に備え付けの「青色 振込取扱票」(振込手数料 各自負担)をご使用ください。

他金融機関からの振込用口座

・ゆうちょ銀行 二七九(ニナナキユウ)店(279) 当座 0064711

・名 義 公益社団法人北海道社会福祉士会

※通信欄に「権利擁護実践研修会」とお書きください。

11 プログラム (予定)

時 間	内 容 ・ 講 師
12:30~13:00	受付
13:00~13:10	オリエンテーション
13:10~14:10	【講義】『地域包括支援センターでの成年後見制度申立支援のポイント』 講師：浅野 豊 苫小牧市中央地域包括支援センター 管理者 公益社団法人北海道社会福祉士会 地域包括支援センター支援委員
14:10~14:20	休憩
14:20~15:20	【講義】『専門職後見人の実務とすること』 講師：尾崎 仁美 株式会社エムリンクホールディングス 総務部長 公益社団法人北海道社会福祉士会 ぱあとなあ北海道運営委員
14:20~14:30	休憩
15:30~16:30 【演習】	【演習】『専門職後見人との連携について』

12 申込・お問い合わせ先

公益社団法人 北海道社会福祉士会事務局 (月曜日～金曜日 9時30分～16時30分)

〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目 かでる2.7 4階 TEL 011-213-1313 FAX 011-213-1314

ホームページ：<http://www.hokkaido-csw.or.jp/> E-mail [info@hokkaido-csw.or.jp](mailto:info@hokkaido-csw.or.jp)

# 2018年度権利擁護実践研修会 申込書 (FAX 011-213-1314)

または郵送でお申し込みください。

氏名 (フリガナ)	男 ・ 女						
1 北海道社会福祉士会会員 (会員No. ) 2 入会手続き中                      3 非会員                      いずれかに○をつけて下さい。							
所属先名 (職場等) * 包括所属の方は、直営・委託のいずれかに○をつけてください。 <div style="text-align: right;">( 直営 ・ 委託 )</div>	職種 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> 司法書士 <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 (                      )						
勤務年数 (現在の職場での)                      年							
受講にあたって配慮が必要な方は、□にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 車いすを利用して参加 <input type="checkbox"/> 手話通訳を希望 <input type="checkbox"/> その他 (                      )							
〒 _____ - _____ - _____	* 連絡先□にチェックをいれてください <input type="checkbox"/> 所属先 <input type="checkbox"/> 自宅						
連絡先住所							
連絡先TEL番号                      -                      -							
連絡先FAX番号                      -                      -                      (必須)							
* お申込内容 (該当する□ にチェックを入れてください)							
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="text-align: center;">参加費</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">非会員</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 5,000円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">北海道社会福祉士会 会員 (手続き中も含む)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3,000円</td> </tr> </table>		参加費	非会員	<input type="checkbox"/> 5,000円	北海道社会福祉士会 会員 (手続き中も含む)	<input type="checkbox"/> 3,000円	
	参加費						
非会員	<input type="checkbox"/> 5,000円						
北海道社会福祉士会 会員 (手続き中も含む)	<input type="checkbox"/> 3,000円						
成年後見制度に関する支援の中で困難と感じていること							

郵便振替払込金受領証のコピーを貼り付けてください。

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">受領証貼り付け欄</div>	北海道社会福祉士会 記入欄 <hr/> 受付番号 <hr/> 入金確認 <hr/> 入力確認
---	--

ご記入いただきました内容につきましては研修のみに利用させていただきます

お問合せ先 公益社団法人 北海道社会福祉士会事務局 (月曜日～金曜日 9時30分～16時30分)  
 〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目 かでる2.7 4階  
 TEL 011-213-1313 FAX 011-213-1314  
 E-mail info@hokkaido-csw.or.jp