









# 介護予防運動指導員 資格養成講座 2018


## 介護予防運動指導員とは…？

高齢者一人ひとりの身体機能を十分に活かせるよう筋力向上トレーニング・転倒予防・失禁予防・口腔機能向上等の指導を行い、いつまでも健康で豊かな生活が送れるよう支援するスペシャリストのことです。

**受 講 生**  
**募 集 ！**

-  **【日程】** 11/4 **日**、14 **水**、21 **水**、25 **日**、12/2 **日**、5 **水**、9 **日**  
全7日間、31.5時間（修了試験別）。詳細は裏面日程表参照。
-  **【会場】** 丸の内ヒルズ 8F デイサービスフロア  
岡山県岡山市北区丸の内二丁目1番10号
-  **【受講資格】** 介護職員初任者講習修了（ホームヘルパー2級取得）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。  
両備グループ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）  
小松原 高志（補助員・介護予防運動指導員）
-  **【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 介護予防事業担当：池田  
〒700-0823 岡山県岡山市北区丸の内二丁目1番10号  
TEL. 080-3304-7443 FAX. 086-235-0811  ikeda@ryobi-hc.jp



## 平成30年度 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	2018/11/4(日)	2018/11/14(水)	2018/11/21(水)	2018/11/25(日)	2018/12/2(日)	2018/12/5(水)
場所	丸の内ヒルズ デイサービス	丸の内ヒルズ デイサービス	丸の内ヒルズ デイサービス	丸の内ヒルズ デイサービス	丸の内ヒルズ デイサービス	丸の内ヒルズ デイサービス
時間	8:30~ <small>(オリエンテーション 8:45~)</small>	18:15~	18:15~	8:45~	8:45~	18:15~
開場	8:30~ <small>(オリエンテーション 8:45~)</small>	18:15~	18:15~	8:45~	8:45~	18:15~
9:00~ 10:30	介護予防概論 うつ・閉じこもり 特論 【講義】			介護予防統計学 【講義】	転倒予防特論 【講義】	
10:45~ 12:15	行動科学特論 【講義】			高齢者の栄養改善 活動特論 【講義】	失禁予防特論 【講義】	
13:15~ 14:45	リスクマネジメント 【講義】			口腔機能向上特論 【講義】	転倒予防プログラム 【実習】	
15:00~ 16:30	高齢者筋力向上 トレーニング特論 【講義】			認知症予防特論 【講義】	失禁予防プログラム 【実習】	
16:45~ 18:15	高齢者筋力向上 トレーニング実践 【実習】			介護予防評価学 【講義】	介護予防評価学 【実習】	
18:30~ 20:00		高齢者筋力向上 トレーニング実践 【実習】	高齢者筋力向上 トレーニング実践 【実習】			高齢者筋力向上 トレーニング実践 【実習】
20:00~ 21:30		高齢者筋力向上 トレーニング実践 【実習】	高齢者筋力向上 トレーニング実践 【実習】			高齢者筋力向上 トレーニング実践 【実習】

- ・ 1日目は8:30から、丸の内ヒルズ1F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。※8F会場は土足厳禁です。
- ・ 【お昼休憩12:15~13:15】は、8F同会場をご利用いただけます※食事はご持参ください。館内は、全面禁煙となっております。
- ・ 修了試験は、12/9(日) 10:00~11:00、丸の内ヒルズデイサービス(8F)にて行います。開場は9:45です。

# 両備の「介護予防運動指導員」資格養成講座

## 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れ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
氏名											
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(施設等)	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"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> はり師 <input type="checkbox"/> きゅう師 <input type="checkbox"/> 栄養士(管理栄養士含む) <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <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"/> 介護職員基礎研修修了者 <input type="checkbox"/> 訪問介護員2級以上で実務経験2年以上の方 <input type="checkbox"/> 実務者研修修了者 <input type="checkbox"/> 初任者研修修了者で実務経験2年以上の方、および上記国家資格の養成校等の卒業見込みかつ資格取得見込み者(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):					
お支払方法	<input type="checkbox"/> 現金一括 開講初日、両備ヘルシーケア担当者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) 3305907 株式会社両備ヘルシーケア 営業本部										
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」

※「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・リーダー<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<ACSM>●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<旧フィットネスクンセラー><AFAA>●エアロビックスインストラクター<JAF>●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

【問い合わせ窓口】株式会社両備ヘルシーケア 介護予防事業担当

TEL:080-3304-7443 ●受付時間:9時~17時

## 証明書(下記の書類をご提出ください。)

初任者研修・訪問介護員2級修了者

実務経験証明書 + 修了証明書の写し

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 か月 ●実務勤務日数: 日					

- ◆「実務経験証明書」は、初任者研修修了者及び訪問介護員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