

# 2025年度 社会福祉士実習指導者講習会 開催要項

主催：公益社団法人 福岡県社会福祉士会

後援：公益社団法人 日本社会福祉士会

一般社団法人 日本ソーシャルワーク教育学校連盟

2012年4月から実習指導者の要件として、実習指導者を養成するための講習会の受講が義務付けられています。2021年から社会福祉士の養成カリキュラムが新しくなり、社会福祉士会が実施する実習指導者講習会は、2022年度より新カリキュラムに対応した内容となっています。下記の日程で、2025年度社会福祉士実習指導者講習会を開催しますのでご案内します。本講習会は実習指導者の要件を満たす講習会として厚生労働省に届け出たものです。

## 日程・会場・定員・内容

|                                                                      |                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 日 程                                                                  | 2025年12月2日（火）～12月3日（水）                                            |
| 会 場                                                                  | クローバープラザ<br>住所：福岡県春日市原町3-1-7 TEL:092-584-1212<br>交通：JR春日駅下車 徒歩約2分 |
| 定 員                                                                  | 90名                                                               |
| 社会福祉士を対象とした2日間の研修<br>(実習指導概論、実習マネジメント論、実習プログラミング論、実習スーパービジョン論の4科目構成) |                                                                   |

## 研修プログラム

### 【1日目】

|             |                   |
|-------------|-------------------|
| 9:45～10:00  | オリエンテーション/開講式     |
| 10:00～12:00 | 実習指導概論（講義2時間）     |
| 12:00～12:45 | 昼食・休憩             |
| 12:45～14:45 | 実習マネジメント論（講義2時間）  |
| 14:45～15:00 | 休憩                |
| 15:00～18:00 | 実習プログラミング論（講義3時間） |

### 【2日目】

|             |                                  |
|-------------|----------------------------------|
| 9:30～17:30  | 実習スーパービジョン論（講義・演習7時間）※途中に昼食・休憩あり |
| 17:30～17:45 | 閉講式/修了証授与                        |

## 申し込み方法等

### ■ 受講対象者・資格 ■

社会福祉士であること。

【注1】 福岡県社会福祉士会会員の受講申込みは、定員を上回らない限り、全員受講可とします。

### ■ 受講費 ■（10%税込み） ※テキスト代は含みません。

受講費は、次のとおり会員割引価格になっています。ご了承ください。

|                  |          |                                                                                |
|------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 福岡県社会福祉士会の会員     | 10,000 円 | ※「会員」とは日本社会福祉士会が発行する全国の会員番号を持つ者を指し、社会福祉士会年会費（¥15,000）の一部が講習会の企画・運営のために使われています。 |
| 県外会員（福岡以外の会員）    | 20,000 円 |                                                                                |
| 非 会 員（その他の社会福祉士） | 30,000 円 | 【注2】                                                                           |

【注2】 入会手続き中の場合は会員扱いとなります。

本講習会申込み期限までに入会申込書が受理されている場合は、入会手続き未完了でも「会員」とします。

### ◇入会申込方法◇

- ① 福岡県社会福祉士会の入会金は¥5,000、年会費は¥15,000、合計¥20,000 です。
- ② 入会を希望される方は、受講申込よりも前に入会申込書類の請求をしてください。
- ③ 入会申込書類は、右記のQRコードからスマホで請求できます。  (通常は1週間以内でお届けいたします。)
- ④ 受講申込書類送付の際に入会申込書類を同封していただいても構いません。

【注3】福岡県社会福祉士会では、「若手入会応援キャンペーン」を展開しており、**入会時に20歳代の方は、入会初年度に限り、会費（入会金 ¥5,000 と年会費 ¥15,000 の合計 ¥20,000）が免除となり、無料になる大きな特典があり、かつ受講も確定しますので、是非これを機会にご検討ください。**

### ■ 受講費の請求について ■

受講費のご請求は、受講決定通知の際に受講可の方へ個別に「適格請求書」を発行し同封します。

### ■ 受講の申込方法 ■

- ① 所定の受講申込書に必要事項をご記入の上、郵送またはFAX、あるいは、受講申込書をPDFファイルにして添付しメール送信していただいても可。(メールの場合は [info@facsw.or.jp](mailto:info@facsw.or.jp) あて)
- ② 受講資格(社会福祉士)の確認のため、**福岡県社会福祉士会会員ではない方(県外会員と非会員)は、必ず「社会福祉士登録証」のコピーを添付**してください。
- ③ 原則的に先着順ではありませんが、**福岡県社会福祉士会会員は、定員まで先着順で受講決定します。**
- ④ 受講申込書の1「申込者氏名」については、婚姻等の関係で社会福祉士登録証の氏名表記と異なる場合もありますが、生年月日が同一なら同一人物とみなし、現在の氏名表記で受け付けます。
- ⑤ 県外会員と非会員の方は、キャンセル待ちをするか否かを必ずご記入ください。

### ■ 申込受付期間 ■

**9月1日(月)～9月22日(月)17時必着 ※ 福岡県会員は7月14日(月)から先行受付開始**

### ■ 受講可否の通知 ■

受講可否の決定通知書は、**10月上旬頃**に郵送でご連絡します。あわせて会場案内、受講費の納入方法、キャンセルの扱い、テキストの購入等についてもご案内します。

### ■ 宿泊・昼食 ■

各自手配をお願いします。なお、クローバープラザには宿泊施設も併設されていますので、希望される場合はクローバープラザへ直接お問い合わせください。

### ■ 申込上のご注意 ■

- ① 受講申込書は、記入間違いや記入漏れのないよう、楷書ではっきりとご記入ください。
- ② 受講申込書の1から3(氏名・生年月日・住所)は修了証にそのまま記載される事項になりますので、正確にご記入ください。厚生労働省より指定されており、修了証発行後は修正できません。
- ③ 郵送の場合は受講申込書のコピーをお手元にお控えください。

### ■ 研修テキストについて ■

『新版 社会福祉士実習指導者テキスト』(中央法規出版、2022年)を講習会テキストとして位置づけています。各自購入し、当日は忘れずご持参ください。実習指導者講習会当日までに通読しておいてください。テキストの購入方法については受講決定時にご案内します。

## ■ 修了の認定 ■

- ① 本研修は実習指導者となるための認定研修となります。全科目の受講が修了認定の条件となります。  
1日あたり15分以上の遅刻・早退がある場合は修了とはなりません。
- ② 修了者には、研修終了時に修了証を発行します。実習指導者になるためには修了証が必要となります。
- ③ **本研修の修了証は、再発行できません。**原本は本人が保管し、コピーを職場で保管するなど、紛失しないようくれぐれもご注意ください。※紛失した場合には、修了証に代わる物として「修了証明書」を発行します。

## ■ 備 考 ■

- ① 車イスを利用する等、受講にあたって配慮が必要な方は、申込書の16欄にその旨を記載ください。
- ② 新型コロナウイルス等の感染状況や自然災害によっては、事前に開催中止の判断をする場合があります。その際は開催前日昼までにホームページに対応方針を掲載しますので、各自ご確認ください。
- ③ 研修中(特にグループワーク等)はマスクの着用をお勧めします。どうしても密な環境になりますので、咳エチケットにもご配慮ください。

## 実習指導者の要件について

### (1). 法令で定める2つの要件

「社会福祉に関する科目を定める省令」に規定された実習指導者の要件は以下のとおりです。  
(実習指導者講習会の受講要件ではありません)

- ① 社会福祉士資格取得後の相談援助業務の実務経験3年以上
  - ② 実習指導者講習会の修了この2つの要件を満たすこと

#### 「社会福祉に関する科目を定める省令」 第四条八号

実習施設等における相談援助実習（市町村において相談援助実習を行う場合を含む。）を指導する実習指導者は、社会福祉士の資格を取得した後、相談援助の業務に3年以上従事した経験を有する者であって、かつ、実習指導者を養成するために行う講習会であって厚生労働大臣が別に定める基準を満たすものとしてあらかじめ厚生労働大臣に届け出られたものを修了した者であること。

### (2). 2つの要件が揃った時点から有効

実習指導者の要件の一つ(資格取得後の相談援助業務経験3年以上)を現在満たしていなくても、実習指導者講習会の受講は可能です。その場合、講習会修了後に相談援助業務経験3年以上という要件を満たした時点から実習指導者としての配置が可能になります。

また、講習会受講の時点ですでに資格取得後の相談援助業務経験3年という要件を満たしている方は、講習会修了後すぐに実習指導者としての配置が可能です。

## 日本社会福祉士会生涯研修制度関連

### (1). 研修単位について

本研修は、認定社会福祉士認証・認定機構から社会福祉士を基礎資格として活用する制度における資格研修として指定された研修です。

**科目の区分：**認定社会福祉士／共通専門／サービス管理・人材育成・経営系科目群 I

**科目名：**人材育成系科目 I      **単位数：**1単位

#### 【お問合せ先・申込先】

公益社団法人福岡県社会福祉士会 事務局 辻  
〒812-0011 福岡市博多区博多駅前3-9-12 アイビーコートⅢビル5F  
TEL 092-483-2944 FAX 092-483-3037  
E-mail [info@facsw.or.jp](mailto:info@facsw.or.jp)

申込受付期間：9月1日（月）～9月22日（月） ※福岡県会員は7月14日（月）から先行受付  
FAX：092-483-3037 公益社団法人福岡県社会福祉士会 行き

2025 年度社会福祉士実習指導者講習会 受講申込書

※記入間違いの無いよう、楷書ではっきりとご記入ください。1から3は修了証にそのとおり記載されます。

|                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (ふりがな)<br>1. 申込者氏名                                                                                                                                                                     | (ふりがな )<br>氏名                                                                                                                                           |
| 2. 生年月日                                                                                                                                                                                | 昭和・平成 年 月 日生<br>(西暦 年)                                                                                                                                  |
| 3. 自宅住所                                                                                                                                                                                | (〒 - ) 県                                                                                                                                                |
| 4. 勤務先名称 (施設・機関名)<br>・住所・連絡先 TEL, FAX                                                                                                                                                  | 施設・機関名称<br><div></div><br>(〒 - ) 県<br><br>電話 ( ) FAX ( )                                                                                                |
| 5. 受講決定通知送付先                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先                                                                                                |
| 6. 専門分野                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> 低所得者 <input type="checkbox"/> その他        |
| 7. 職場                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 施設福祉 <input type="checkbox"/> 在宅福祉 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 行政機関<br><input type="checkbox"/> その他 |
| 8. 相談援助経験年数                                                                                                                                                                            | 社会福祉士資格取得後 約 年 か月                                                                                                                                       |
| 9. 社会福祉士の実習指導との関わり                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 実習指導経験があり今後指導する予定<br>(経験年数 約 年)<br><input type="checkbox"/> 実習指導未経験で今後実習指導する予定<br><input type="checkbox"/> 未定                  |
| 10. 会員／会員以外 (○で囲んでください)                                                                                                                                                                | 福岡県会員 ・ 福岡県入会申込中 ・ 県外会員 ・ 非会員                                                                                                                           |
| 11. 会員番号・所属都道府県士会 (会員の場合)                                                                                                                                                              | 会員番号： 所属県士会： 県                                                                                                                                          |
| 12. 社会福祉士資格取得年と登録番号<br>※本会会員以外は社会福祉士登録証のコピーを添付下さい。                                                                                                                                     | 取得年 (西暦) 年<br>登録番号 第 号 ← 修了証に記載されます                                                                                                                     |
| 13. 名簿掲載について<br>※当研修では、ネットワークづくりに役立てるため「氏名」「勤務先」「都道府県名」を記載した「受講者名簿」を作成し、研修受講者に配布します。名簿への掲載を「不可」とされた場合でも「氏名」だけは掲載しますので、あらかじめご了承ください。名簿掲載不可の方はチェックしてください。→ <input type="checkbox"/> 掲載不可 |                                                                                                                                                         |
| 14. 実習指導者講習会を修了した実習指導者の在籍する施設・機関の名称と住所を社会福祉士養成校へ公表します。公表不可の場合は <input type="checkbox"/> にチェックしてください。→ <input type="checkbox"/> 公表不可                                                    |                                                                                                                                                         |
| 15. 県外会員と非会員の方でキャンセル待ちする方はチェックしてください。→ <input type="checkbox"/> キャンセル待ち希望                                                                                                              |                                                                                                                                                         |
| 16. 受講にあたって配慮が必要な方は、必要な内容を具体的に記入してください。(例：車イス)                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |
| 勤務先の申込窓口                                                                                                                                                                               | 担当者名： 様 (直通電話番号： - - )                                                                                                                                  |

※お預かりした個人情報は、都道府県社会福祉士会と日本社会福祉士会において共有し、社会福祉士実習指導者講習会の運営と実習指導者のためのフォローアップ研修等のご案内に活用しますのであらかじめご了承ください。  
※実習指導を行う勤務先等の承認を得てご参加ください。  
※県外会員の方と非会員の方は、必ず社会福祉士登録証のコピーを添付してください。無い場合は受講できません。

申込受付期間：9月1日（月）～9月22日（月） ※福岡県会員は7月14日（月）から先行受付  
FAX：092-483-3037 公益社団法人福岡県社会福祉士会 行き

記入例

2025 年度社会福祉士実習指導者講習会 受講申込書

※記入間違いの無いよう、楷書ではっきりとご記入ください。1から3は修了証にそのとおり記載されます。

|                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 申込者氏名                                                                                                                                                                               | (ふりがな) ふくおか ひさこ<br>氏名 福岡 久子                                                                                                                                       |
| 2. 生年月日                                                                                                                                                                                | 昭和 平成 6 年 8 月 1 日生<br>(西暦 1994 年)                                                                                                                                 |
| 3. 自宅住所                                                                                                                                                                                | ((〒 812-0017) 福岡 県<br>福岡市博多区美野島 ●-●-●                                                                                                                             |
| 4. 勤務先名称 (施設・機関名)<br>・住所・連絡先 TEL, FAX                                                                                                                                                  | 施設・機関名称<br>博多社会福祉士特別養護老人ホーム<br>(〒 812-0011) 福岡 県<br>福岡市博多区博多駅前3-9-12<br>電話 092 (483) 2944 FAX 092 (483) 3037                                                      |
| 5. 受講決定通知送付先                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先                                                                                               |
| 6. 専門分野                                                                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> 低所得者 <input type="checkbox"/> その他       |
| 7. 職場                                                                                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> 設福祉 <input type="checkbox"/> 在宅福祉 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 行政機関<br><input type="checkbox"/> その他 |
| 8. 相談援助経験年数                                                                                                                                                                            | 社会福祉士資格取得後 約 4 年 6 か月                                                                                                                                             |
| 9. 社会福祉士の実習指導との関わり                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 実習指導経験があり今後指導する予定<br>(経験年数 約 年)<br><input checked="" type="checkbox"/> 実習指導未経験で今後実習指導する予定<br><input type="checkbox"/> 未定                 |
| 10. 会員/会員以外 (○で囲んでください)                                                                                                                                                                | 福岡県会員・福岡県入会申込中・県外会員・非会員                                                                                                                                           |
| 11. 会員番号・所属都道府県士会 (会員の場合)                                                                                                                                                              | 会員番号: 12345 所属県士会: 福岡 県                                                                                                                                           |
| 12. 社会福祉士資格取得年と登録番号<br>※本会会員以外は社会福祉士登録証のコピーを添付下さい。                                                                                                                                     | 取得年 (西暦) 2021 年<br>登録番号 第 1234567 号 ← 修了証に記載されます                                                                                                                  |
| 13. 名簿掲載について<br>※当研修では、ネットワークづくりに役立てるため「氏名」「勤務先」「都道府県名」を記載した「受講者名簿」を作成し、研修受講者に配布します。名簿への掲載を「不可」とされた場合でも「氏名」だけは掲載しますので、あらかじめご了承ください。名簿掲載不可の方はチェックしてください。→ <input type="checkbox"/> 掲載不可 |                                                                                                                                                                   |
| 14. 実習指導者講習会を修了した実習指導者の在籍する施設・機関の名称と住所を社会福祉士養成校へ公表します。公表不可の場合は <input type="checkbox"/> にチェックしてください。→ <input type="checkbox"/> 公表不可                                                    |                                                                                                                                                                   |
| 15. 県外会員と非会員の方でキャンセル待ちする方はチェックしてください。→ <input type="checkbox"/> キャンセル待ち希望                                                                                                              |                                                                                                                                                                   |
| 16. 受講にあたって配慮が必要な方は、必要な内容を具体的に記入してください。(例: 車イス)                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                   |
| 勤務先の申込窓口                                                                                                                                                                               | 担当者名: ●● 様 (直通電話番号: 092-483-3037)                                                                                                                                 |

※お預かりした個人情報は、都道府県社会福祉士会と日本社会福祉士会において共有し、社会福祉士実習指導者講習会の運営と実習指導者のためのフォローアップ研修等のご案内に活用しますのであらかじめご了承ください。  
※実習指導を行う勤務先等の承認を得てご参加ください。  
※県外会員の方と非会員の方は、必ず社会福祉士登録証のコピーを添付してください。無い場合は受講できません。