

# 令和2年度 社会福祉施設等給食担当職員研修会 《調理員コース》開催要綱

- 1 目 的 社会福祉施設等で介護を要する利用者に対して「食」という楽しみをいかに実現していけるか、嚥下をサポートする製品を紹介しながら、状態に応じた調理方法や知識を習得する。
- 2 主 催 大分県社会福祉介護研修センター
- 3 共 催 公益社団法人 大分県栄養士会
- 4 開催日時 令和3年2月24日（水）10：00～12：00
- 5 会 場 大分県社会福祉介護研修センター3階 302号室  
大分市明野東3-4-1  
TEL：(097)552-6888 FAX：(097)552-6868
- 6 対 象 者 社会福祉施設等に勤務する給食担当職員及び、外部委託している施設等の関係職員
- 7 定 員 30名  
※新型コロナウイルス感染予防の為に人数制限しております。早めに募集終了となる場合もあります。
- 8 資 料 代 1名 1,000円（資料代）  
\*受付時に徴収しますので、お釣りのないようご準備ください。  
\*事前連絡無しでの欠席については、原則として資料代を徴収します。
- 9 受講申込 以下の手順に従って受講申込書を提出してください。  
(1)別紙受講申込書様式をダウンロードし印刷する。  
(2)受講申込書を大分県社会福祉介護研修センター宛にFAXで提出する。  
(メール添付での受講申し込みは不可とする)  
(3)締め切り：2月17日（水）  
※早めに締め切る場合がありますのでご了承ください。  
(4)受講決定通知は、「受講決定」と押印して締め切り日以降FAXで通知します。押印された申込書が返送されない場合は、当センターまでご連絡ください。

(5)参加申込書の住所・電話番号・FAX番号等は、連絡・返送する際に必要となりますので、必ずご記入ください。

## 10 研修日程

令和3年2月24日(水)《調理員コース》

時間	研修内容	研修のねらい
9:30	受付	
9:50	開会・オリエンテーション	
10:00	<b>【講義】</b> 「おいしく楽しく食べるための調理 ～嚥下をよくする基礎知識～」 <b>【講師】</b> 公益社団法人 大分県栄養士会 管理栄養士 上田 由美 氏	利用者の状態に応じて調理をおこなううえで、嚥下をスムーズにするためにどのような工夫ができるか、必要な知識を身につける。
12:00	閉会	

※講義の間には適時に休憩の時間をとります。

※カリキュラム内容等は、変更する場合があります。

※今年度は、新型コロナウイルス感染防止の観点から演習は実施しません。

- 11 その他
- (1) 新型コロナウイルス感染状況、自然災害等により、研修の開催が困難であると判断したときは、急遽、日程変更等の対応をとる場合があります。その際は、当センターのホームページによりお知らせします。
  - (2) 研修会場周辺の坂道や信号機のない交差点において交通事故が多発しています。交差点での一旦停止や左右の安全確認を徹底してください。
  - (3) 研修会場は空調管理には努めていますが、体感温度には個人差があることや、今回は新型コロナウイルス感染防止の観点から換気のため出入口や窓を開けて研修を実施しますので、必ず温度調整のできる服装でお越しください。また、会場入室時には手指消毒のご協力よろしくお願ひします。
  - (4) マスクの着用が必須になります。マスクのない方は会場に入室出来ませんのでご注意ください。また、受付時に別紙『体調確認票』を提示してもらいます。研修当日の朝検温をして記入してください。

## 12 申し込み・お問い合わせ先

大分県社会福祉介護研修センター

社会福祉研修部 担当：葉真寺

TEL：(097)552-6888 FAX：(097)552-6868

※本票のみFAX送信してください(別途送信票等は不要です)。  
 (メール添付での返信による申込みは受付できません)

**大分県社会福祉介護研修センター**  
**FAX (097) 552-6868**  
締め切り：令和3年2月17日(水)

大分県社会福祉介護研修センター 記入欄	
受付 No.	
1	
2	

**令和2年度 社会福祉施設等給食担当職員研修会  
 (調理員コース) 受講申込書**

	氏名	職名	経験年数
1	(フリガナ) -----	調理員・管理栄養士・栄養士 その他( )	年 カ月
2	(フリガナ) -----	調理員・管理栄養士・栄養士 その他( )	年 カ月

※右上、研修センター記入欄は「受講決定」を押印する欄になりますので、記入をしないでください。

上記のとおり提出します。

大分県社会福祉介護研修センター所長 殿

令和 3年 月 日

法人名 \_\_\_\_\_

事業所・施設名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

郵便番号 \_\_\_\_\_

施設・事業所住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX番号 \_\_\_\_\_