

2019年度 認知症介護実践研修・実践者研修（第1回） 開催要綱

1 目的

認知症高齢者がその有する能力を発揮し、自立した生活を送るための認知症介護の専門的知識と技術を習得し、介護現場で尊厳を支える質の高いケアをより実践的に展開できることを目的とします。

2 主催 石川県

3 実施機関 社会福祉法人石川県社会福祉協議会

4 期日 2019年6月17日（月）～8月23日（金）

(1) 事前講座(5日間) 6月17日（月）～6月21日（金）

(2) 施設実習 6月22日（土）～8月9日（金）の間

〔 自施設実習日(4週間) 6月22日（土）～8月9日（金）の間、1週間を4回
※他施設実習日を除く

〔 他施設実習日(1日) 6月27日（木）又は28日（金）のいずれか1日

※研修を申込み事業所は、他施設実習の受入れにご協力願います。

(3) 総括講座（1日） 8月23日（金）

※午前又は午後、いずれかの時間帯。時間帯は研修中にお伝えします。

5 会場

(1) 事前講座 石川県社会福祉会館 4階 大ホール（金沢市本多町3丁目1番10号）

※受講者の駐車場はありません。

周辺の駐車場を各自で確保いただくか、公共の交通機関をご利用ください。

(2) 施設実習 自施設及び指定他施設

(3) 総括講座 石川県社会福祉会館別館 研修室1、2・3（金沢市八田町東1025番地）

※受講者専用の駐車場があります。

6 費用 2,000円（資料代） ※事前講座初日の受付の際、現金でお支払いください。

7 受講対象

(1) 石川県内の介護保険施設・事業所等（以下「施設」という。）に従事する介護職員等であって、認知症介護に関する基本的知識・技術を有し、介護現場経験が2年以上の者。

(2) 研修の全日程に参加できる者 ※全日程に参加できないと、修了できません。

8 定員 60名

9 研修プログラム ※別紙「研修プログラム」参照

10 参加申込方法 ※下記(1)と(2)で、申込み方法が異なります。 ※締切厳守

(1) 市町申込み（市町長からの推薦による申込み方法）

本研修の受講により地域密着型サービス事業所の指定基準を満たすとして、市町の長が適当と認めた者。 ※下記「10(1)における申込み要件」参照

10(1) 市町申込みにおける申込み要件

本研修は、地域密着型サービス事業所の指定基準において受講が義務づけられています。

【受講が義務づけられている職種】 ※別紙「資料」参照

認知症対応型通所介護の管理者、小規模多機能型居宅介護の管理者及び計画作成担当者、認知症対応型共同生活介護の管理者及び計画作成担当者(介護予防含む)、看護小規模多機能型居宅介護の管理者及び計画作成担当者

各職種の資格要件は、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」をご確認ください。(指定基準に関して、ご不明な点は市町担当課にお問合せください。)

※ 下記①の参加申込書（様式1）による市町担当課へ申込み、②のホームページの入力、共に必要。

※ FAX・メールでの申込みは不可。

- ① 参加申込書（様式1）にて、市町担当課へ申込みください。
- ② 石川県社会福祉協議会ホームページの「福祉の研修」内の「研修申し込み」に、必要項目を入力してください。 [16 石川県社会福祉協議会ホームページからの申込み入力について 参照]
- ③ 申込み受付期間は、4月2日(火)～4月9日(火)です。
(市町担当課から長寿生きがいセンターへの推薦締切日は、4月15日(月)です。)

(2) 事業所申込み（事業所からの直接申込み方法）

上記10(1)の要件以外で、本研修の受講を希望する者。

※ 下記①の参加申込書（様式2）による申込み、②のホームページの入力、共に必要。

※ FAX・メールでの申込みは不可。

- ① 参加申込書（様式2）にて、長寿生きがいセンターへ郵送又は持参で申込みください。
(参加申込書を持参される場合は、受付期間の9:00～17:00に来所してください。)
- ② 石川県社会福祉協議会ホームページの「福祉の研修」内の「研修申し込み」に、必要項目を入力してください。 [16 石川県社会福祉協議会ホームページからの申込み入力について 参照]
- ③ 申込み受付期間は、4月26日(金)～5月9日(木)です。 ※最終日の消印有効。

11 受講者の決定

(1) 定員の範囲で受講者を決定します。

(2) 申込者が定員を超えた場合は、1施設1名（優先順位1位の方）とした上で、次のとおり受講者を決定します。

① 受講が義務付けられている10(1)の方を優先します。

〔ただし、市町長の推薦により申込みがあった場合でも、10(1)の要件に該当しない場合は優先受講の対象とはなりませんので、ご注意ください。〕

② 上記①による受講者が決定した後、残りの受講枠については抽選とします。

12 選考結果の通知

(1) 10(1)の申し込み方法による選考結果通知

① 4月24日(水)頃、長寿生きがいセンターから市町担当課へ、選考結果通知を電子メールにて送信します。その後、市町担当課から各施設へ連絡していただきます。

② 4月25日(木)頃、長寿生きがいセンターから各施設へ、受講選考結果通知を電子メールにて送信します。

(2) 10(2)の申し込み方法による選考結果通知

5月22日(水)頃、長寿生きがいセンターから各施設へ、受講選考結果通知を電子メールにて送信します。

※送信予定日を2日以上経過しても通知が届かない場合、長寿生きがいセンターまでお問い合わせください。

13 事前レポートの提出 ※受講承認後、必須

受講選考結果通知で受講が承認となった方は、下記の期日までに、郵送又はメールにて提出してください。提出がない場合は、受講資格がないものとしますので、ご注意ください。受講選考結果通知メールに、ダウンロード先を記載します。

- ・ 10(1)にて受講承認された方の事前レポート提出締め切り日 5月10日(金)
- ・ 10(2)にて受講承認された方の事前レポート提出締め切り日 6月6日(木)

14 申込み・問合せ先

石川県社会福祉協議会 長寿生きがいセンター 担当：長尾
〒920-3104 金沢市八田町東 1025 番地 石川県社会福祉会館別館
TEL (076) 258-3135 FAX (076) 258-3149

15 研修に関する留意事項

- (1) 本研修は、平成17年度カリキュラム内容の見直しにより、「痴呆介護実務者研修基礎課程」から「認知症介護実践研修・実践者研修」へと改称されたものです。
- (2) 施設実習の期間中は、実習の効果を高めるため、実習課題に専念できるようご配慮ください。(他の職員にもご協力願います。)
- (3) 研修を申込み事業所は、他施設実習の受け入れについても、ご協力をお願い致します。
- (4) 研修の目的を十分に理解していると認められない場合、修了証書を交付しないことがあります。

16 石川県社会福祉協議会ホームページからの申込み入力について

10(1)②、(2)②の申込み両方とも、下記手順で必要事項を入力してください。

(1) 入力可能期間

- ・ 10(1)②の入力期間 4月2日(火)～4月9日(火)
- ・ 10(2)②の入力期間 4月26日(金)～5月9日(木)

(2) 申し込み入力手順

- ① 石川県社会福祉協議会ホームページ (URL <http://www.isk-shakyo.or.jp/>) のトップ画面にある上部メニューから「福祉の研修」ボタンをクリックします。
- ② 「研修新着情報」の一覧から、受講希望の研修名を選び、クリックします。
- ③ 受講希望の研修名を選択すると、「研修検索」ページに移動します。「研修検索」ページ画面の下方にある「検索結果」に、研修が表示されています。
- ④ 「検索結果」欄の研修の右欄に【要綱】と【申込】ボタンが表示されます。受講希望の研修であることを確認のうえ、【申込】ボタンを選択してください。
- ⑤ 「研修申し込み」画面に移動します。必要事項を入力してください。(※マークは必須項目) 入力後に「申込確認画面へ」をクリックして入力内容を確認し、最後に「申し込む」ボタンをクリックしてください。「受付確認書」メールが届けば、申し込み入力が完了です。

※ メールアドレスは、受講の選考結果など重要な通知に利用しますので、正しく入力してください。メールアドレスに誤りがあると、最初から申込み入力していただく必要があります。

※ 受付確認書メールが届かない場合、入力されたメールアドレスが誤っている可能性があります。事務局(石川県社会福祉協議会 長寿生きがいセンター)までご連絡ください。なお、受付確認書メールは、受講が決定したという意味ではありません。

2019年度認知症介護実践研修・実践者研修（第1回）プログラム

| 日時 | 時間 | 科目 | 形式 |
|----------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------|-------|
| 6月17日(月) (1日目) | 8:50~ | 開講・オリエンテーション | |
| | 9:00~9:30 | 「石川県における認知症施策」 | 講義 |
| | 9:30~12:30 | 「認知症ケアの基本的視点」 | 講義・演習 |
| | 12:30~13:30 | 60分(昼食・休憩) | |
| | 13:30~17:00 | 「認知症になることへの理解」 | 講義・演習 |
| 6月18日(火) (2日目) | 9:00~12:00 | 「認知症ケアの倫理と権利擁護」 | 講義・演習 |
| | 12:00~13:00 | 60分(昼食・休憩) | |
| | 13:00~17:00 | 「アセスメントとケアの実践の基本Ⅰ」 | 講義・演習 |
| 6月19日(水) (3日目) | 9:00~12:00 | 「生活環境づくりと地域資源の理解」 | 講義・演習 |
| | 12:00~13:00 | 60分(昼食・休憩) | |
| | 13:00~17:00 | 「アセスメントとケアの実践の基本Ⅱ」 | 講義・演習 |
| 6月20日(木) (4日目) | 9:00~10:30 | 「認知症を患った人の家族の理解」 | 講義・演習 |
| | 10:30~10:40 | 10分休憩 | |
| | 10:40~12:40 | 「認知症の人とのコミュニケーションの理解と方法」 | 講義・演習 |
| | 12:40~13:40 | 60分(昼食・休憩) | |
| | 13:40~17:10 | 「認知症の人の暮らしを支えるケアを実践するための視点」 | 講義・演習 |
| 6月21日(金) (5日目) | 9:00~12:00 | 「共に生活を楽しむための視点」 | 講義・演習 |
| | 12:00~13:00 | 60分(昼食・休憩) | |
| | 13:00~14:00 | 「実習オリエンテーション」 | 講義 |
| | 14:00~17:00 | 「実習課題の設定」 | 講義・演習 |
| 6月22日(土) ~ 8月9日(金) | 自施設実習 (1週間を4回) | | 実習 |
| 6月27日(木) 又は 6月28日(金) | 他施設実習 (1日間) | ※【他施設実習】各受講者の実習施設は、研修1日目にお知らせします。 | 実習 |
| 8月23日(金) | 9:00~12:30 又は 13:30~17:00 | 「実践報告」 ※午前か午後、どちらの時間帯になるかは、研修中（事前講座の期間）にお知らせします。 | 発表 |

(様式1)

2019年度 認知症介護実践研修・実践者研修（第1回）参加申込書

| 項目 | | 申込内容 | | | |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------------------|---|
| 所属 | 介護保険事業所番号 | ※必ず記入してください。 | | | |
| | 住所 | 〒 | | | |
| | 施設名 | ※法人・会社名から記入してください。 | | | |
| | 事業種別 | | | | |
| | 連絡先 | Tel | | Fax | |
| | 「認知症介護実践研修・実践リーダー研修」修了者の在席状況 | 在席しています（ 名） ・ 在席していません ※リーダー研修修了者が在籍している場合、<2019年度「認知症介護実践研修・実践者研修（第1回）」における実習生の受け入れについて>を一読し、<他施設実習受け入れ確認表>を、事務局へご提出ください。 | | | |
| 受講者 | 住所 | 〒 | | | |
| | ふりがな | | | 年齢 | 歳 |
| | 氏名 | | | | |
| | 職名 (例：管理者) | | | 資格名 (例：介護福祉士) | |
| | 生年月日 | S・H | 年 | 月 | 日 |
| | 採用年月日 | S・H | 年 | 月 | 日 |
| | 経歴年数 | 年 ヶ月 (過去を含む介護職の経歴年数) | | | |
| | 優先順位 | ※同一事業所から複数名申込む場合のみ記入してください。 | | | |
| | 1 所属施設の種別 (※該当欄にご記入ください。) | ・ 認知症対応型共同生活介護事業所名 _____ (ユニット数 _____) ・ 小規模多機能型居宅介護事業所名 _____ ・ 認知症対応型通所介護事業所名 _____ ・ 看護小規模多機能型居宅介護事業所名 _____ | | | |
| | 2 職名 (※該当項目に○を付けてください。) | 管理者 (予定) ・ 計画作成担当者 (予定) | | | |
| 3 今回申込みの理由 (※該当する番号に○を付けて必要事項を記入してください。) | ① 新規開設予定 開設時期 平成____年____月____日 開設場所 (市町名のみで可) _____ ② 管理者 (計画作成担当者) の交代 交代時期 平成____年____月____日 (予定) 旧の管理者 (計画作成担当者) 名 _____ | | | | |

上記のとおり申し込みます。

2019年 月 日

(市町の長)

様

(事業者法人名及び代表者名)

印

(様式2)

2019年度 認知症介護実践研修・実践者研修 (第1回) 参加申込書

| 項目 | | 申込内容 | | |
|--------------------------------------------|---------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 所属 | 介護保険事業所番号 | ※必ず記入してください。 | | |
| | 住所 | 〒 | | |
| | 施設名 | ※法人・会社名から記入してください。 | | |
| | 事業種別 | | | |
| | 連絡先 | Tel | Fax | |
| | 受講状況 | 事業所の介護従事者数 | (名) | |
| | | 「認知症介護実践研修・実践リーダー研修」修了者の在席状況 | 在席しています (名) ・ 在席していません ※リーダー研修修了者が在籍している場合、<2019年度「認知症介護実践研修・実践者研修 (第1回)」における実習生の受け入れについて>を一読し、<他施設実習受け入れ確認表>を、事務局へご提出ください。 | |
| 「認知症介護実践研修・実践者研修」(又は「痴呆介護実務者研修・基礎課程」)の在籍状況 | | 在席しています (名) ・ 在席していません | | |
| 受講者 | 住所 | 〒 | | |
| | ふりがな | | 年齢 | 歳 |
| | 氏名 | | | |
| | 職名 (例：管理者) | | 資格名 (例：介護福祉士) | |
| | 生年月日 | S ・ H | 年 | 月 日 |
| | 採用年月日 | S ・ H | 年 | 月 日 |
| | 経験年数 | | 年 | ヶ月 (過去を含む経験年数) |
| | 優先順位 | ※同一事業所から複数名申込み場合ご記入ください。 | | |

上記のとおり申し込みます。

2019年 月 日

社会福祉法人石川県社会福祉協議会
長寿生きがいセンター 所長 様

(事業者法人名及び代表者名)

印

「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に
関する基準」に規定される研修について

| | 認知症対応型 通所介護 | 認知症対応型 共同生活介護 | 小規模多機能型 居宅介護 | 看護小規模多機能 居宅介護 |
|-------------|----------------|-----------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| 代表者 | | 認知症対応型サービス事業開設者研修 基準第92条 | 認知症対応型サービス事業開設者研修 基準第65条 | 認知症対応型サービス事業開設者研修 基準第173条 |
| 管理者 | | 認知症介護実践研修(実践者研修) | | |
| | 基準第43条 | 基準第91条 | 基準第64条 | 基準第172条 |
| 計画作成 担当者 | | 認知症介護実践研修(実践者研修) | | |
| | | | 小規模多機能型サービス等 計画作成担当者研修 基準第63条 | 小規模多機能型サービス等 計画作成担当者研修 基準第171条 |

2019年度認知症介護実践研修・実践者研修(第1回)の実習について

認知症介護実践研修・実践者研修において、研修生は下記のとおり事前講座の後に各自実習に取り組んでいただきます。

1 目的

認知症の人が望む生活の実現に向けて、適切なアセスメント及びケアの実践を通して、実践者としての役割の理解を深め、その技能を磨く。

2 実習日

- (1) 自施設実習 2019年6月22日(土)～8月9日(金)の間、1週間を4回
- (2) 他施設実習 2019年6月27日(木)又は6月28日(金)、いずれか1日

3 実習内容 アセスメントとケアの実践

4 実習の流れと内容

| 流れ | 内容 |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 課題設定 ↓ | 事前に検討していた事例の中から1事例を選び、アセスメントシートなどを用いて、自施設実習における課題設定を行う。 |
| 自施設実習 (2週間) ↓ | 課題の達成に向けて、ケアを実践する。課題について他の職員にも理解してもらい、事業所全体で取り組む。 |
| 他施設実習 ↓ | 自施設以外の施設でケアを見学する。課題について自施設では気付かなかったアプローチの発見を狙う。 |
| 中間報告 (7月23日) ↓ | 長寿生きがいセンターにレポートを提出し、方向性などの確認を講師にしてもらう。 |
| 自施設実習 (2週間) ↓ | 他施設実習、中間報告を踏まえて、方向性の修正等を行ったうえで、課題の達成に向けてケアを実践する。記録等を長寿生きがいセンターに提出する。 |
| 総括講座 | 記録等を元に研修のグループ内で発表を行う。 |

5 注意事項

- (1) 実習の課題設定は、事前講座の最終日に行います。
- (2) 研修生は、実習の対象としたい認知症の利用者を2事例程度、受講前に準備しておいてください。その際、事例対象者の基本情報、実践しているケアの内容などを把握して研修に臨んでください。(記録等の資料の持参不要)
- (3) 実習には事業所全体の協力が必要です。管理者等から、事前に全職員に意識付けをお願いします。
- (4) 他施設実習では、研修生の事業所に受入れをお願いしています。受講の際には、他施設実習の受入れをお願い致します。(下記「受入れ施設の条件」参照)

[受入れ施設の条件]

- ① 次のうちいずれかのサービスを提供していること。
グループホーム、認知症デイサービス、デイサービス、通所リハビリテーション、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院
- ② 受入可能日に認知症介護実践研修・実践リーダー研修の修了者がいること。
- ③ 受入可能日に認知症の利用者がいること。

【申込・問合せ先】

社会福祉法人石川県社会福祉協議会
長寿生きがいセンター 担当：長尾
TEL076(258)3135 FAX076(258)3149

平成31年3月19日

認知症介護関係事業所 管理者 様

社会福祉法人石川県社会福祉協議会

**2019年度 認知症介護実践研修・実践者研修（第1回）
における実習生の受入れについて**

本会事業の推進につきましては、日頃よりご支援、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

標記研修において、6月27日（木）又は6月28日（金）のいずれか1日で、他施設実習（各自の職場以外で実習）を行うこととなっています。有効な研修とするためにも、是非実習生の受け入れにご協力いただけますよう、何卒よろしくお願い致します。

本研修の受講申込みを行っていない施設でも、実習の受入れをお願いしておりますので、より多くの施設からの申し出をお待ちしております。

つきましては、実習受け入れが可能な施設は、下記の受入れ施設の条件等を確認頂いた上、別紙「他施設実習受入れ確認表」を5月15日（水）までに、FAXにて報告をお願い致します。

なお、実習生の施設名及び氏名は受入日が決まり次第、文書でお知らせいたします。

記

1 受入れ希望人数

各日、3名程度

2 受入れ施設の条件

以下の①～③のすべてに該当する施設・事業所。

① 次のうち、いずれかのサービスを提供していること。

グループホーム、認知症デイサービス、デイサービス、通所リハビリテーション、
小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、特別養護老人ホーム、
介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院

② 受入可能日に認知症介護実践研修・実践リーダー研修の修了者がいること。

③ 受入可能日に認知症の利用者がいること。

【申込・問合せ先】

社会福祉法人石川県社会福祉協議会

長寿生きがいセンター 担当：長尾

TEL076 (258) 3135 FAX076 (258) 3149

他施設実習受入れ確認表 〈2019認知症介護実践研修・実践者研修(第1回)用〉

| 項目 | 記載内容 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名 | |
| サービスの種類 ※該当するものに○ | グループホーム・認知症デイサービス・デイサービス・通所リハビリテーション 小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護・特別養護老人ホーム 介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院 |
| 実践リーダー研修 修了者名 | (※実践リーダー研修の修了者が、実習担当者になってくださるようお願い致します。) |
| 実習時間数(7時間) | 9時30分～16時30分 |
| 所在地 (最寄りの駅・バス停) | (駅名 駅・バス停名 バス停) |
| 連絡先 | [TEL] |
| | [FAX] |
| 受け入れ担当者への 事前連絡 | 事前連絡が 必要 ・ 不要 (※受講者から担当者へ事前に電話連絡が必要な場合は○、不要なら×) |
| 実習にあたっての注意事項 (実習生への連絡事項等ありましたらご記入ください。) | |
| 〔集合時間・場所 等〕 〔駐車場〕 〔服装〕 〔持参するもの〕 ●昼食 ●その他 〔その他連絡事項〕 | [時 分]に、[]へ集合すること あり ・ なし ※ どちらかに○をつけてください。 事業所で準備します(代金 円) ・ 持参してください |

| 実習予定日 | 受講受入れ可能人数 | リーダー研修 修了者 | 認知症の利用者 |
|---------------|-----------|------------|----------|
| 2019年6月27日(木) | 人 | います ・ いません | います・いません |
| 2019年6月28日(金) | 人 | います ・ いません | います・いません |

〔返信先〕石川県社会福祉協議会 長寿生きがいセンター 担当 長尾
FAXで回答願います。 FAX番号 076(258)3149

【記載例】

他施設実習受入れ確認表

受入れ可能日に、修了者がいるか、認知症の利用者がいるか確認してください。

他施設実習の受入れが可能な際、記載の上、FAXでご回答お願い致します。

| 実習予定日 | 受講受入れ可能人数 | リーダー研修 修了者 | 認知症の利用者 |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------|
| 平成31年6月27日(木) | 1 人 | います・いません | います・いません |
| 平成31年6月28日(金) | 2 人 | います・いません | います・いません |
| 実習時間数(7時間) | 9時30分 ~ 16時30分 | | |
| 事業所名 | 社会福祉法人〇〇 グループホーム△△△ | | |
| サービスの種類 ※該当するものに〇 | <input checked="" type="checkbox"/> グループホーム 認知症デイサービス・デイサービス・通所リハビリテーション 小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護・特別養護老人ホーム 介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院 | | |
| 実践リーダー研修 修了者名 | 石川 太郎 (※実践リーダー研修の修了者が、実習担当者になってくださるようお願い致します。) | | |
| 所在地 (最寄りの駅・バス停) | 金沢市鞍月1丁目1番地 (駅名 金沢駅 ・バス停名 県庁前 バス停) | | |
| 連絡先 | [TEL] 076-〇〇〇-〇〇〇〇 [FAX] 076-〇〇〇-〇〇〇〇 | | |
| 受け入れ担当者への 事前連絡 | 事前連絡が <input checked="" type="checkbox"/> 必要 ・ <input type="checkbox"/> 不要 ※ どちらかに〇をつけてください。 | | |
| 実習にあたっての注意事項 (実習生への連絡事項等ありましたらご記入ください。) | | | |
| 〔集合時間・場所 等〕 | [9 時 30 分]に、[現 地]へ集合すること | | |
| 〔駐車場〕 | <input checked="" type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし ※ どちらかに〇をつけてください。 | | |
| 〔服装〕 | 【例】・動きやすい服装 | | |
| 〔持参するもの〕 | ●昼食 <input checked="" type="checkbox"/> 事業所で準備します(代金 500 円) ・ <input type="checkbox"/> 持参してください ●その他 【例】 内履き、エプロン、水筒 など | | |
| 〔その他連絡事項〕 | 【例】 ・利用者への接し方 ・各施設での注意点(駐車場が狭いので、乗り合わせてきてほしい など) | | |

原則、昼休み1時間を含む7時間で、9時30分～16時30分と記載してください。

〔返信先〕 石川県社会福祉協議会 長寿生きがいセンター 担当 長尾

FAXで回答下さい。FAX番号 076(258)3149