

教務に関する主任者に関する調書

養成施設名	株式会社ビーナス 介護福祉士実務者研修（通信課程）		
氏名	西 裕子		
生年月日	昭和 48 年 7 月 9 日	年齢（42 歳）	
最終学歴（学部、学科、専攻）	大阪聖徳学園社会体育専門学校		
担当予定科目	人間の尊厳と自立、社会の理解Ⅰ・Ⅱ、介護の基本Ⅰ・Ⅱ、コミュニケーション技術、生活支援技術Ⅰ・Ⅱ、介護過程Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ、発達と老化の理解Ⅰ・Ⅱ、障がいの理解Ⅰ・Ⅱ、こころのからだのしくみⅠ・Ⅱ		
該当番号	（1）		
実務者研修教員講習会	1. 修了（修了年月：27 年 7 月） 2. 未修了		
介護教員講習会	1. 修了（修了年月： 年 月） 2. 未修了		
実務者研修教員講習会の講師	講習会実施主体名 株式会社 ベストウェイ		
医療的ケア教員講習会	1. 修了（修了年月： 年 月） 2. 未修了		
介護職員によるたんの吸引等の試行事業又は研修事業（不特定多数の者を対象としたものに限る。）における指導者講習会	1. 修了（ 年 月 日 ～ 年 月 日） 2. 未修了		
介護過程Ⅲにおける修了講習会	1. 実習指導者講習会（修了年月： 年 月） 2. 介護教員講習会（修了年月： 年 月） 3. 実務者研修教員講習会（修了年月： 27 年 7 月） 4. 主任指導者養成講習会（修了年月： 年 月） 5. 指導者養成講習会（修了年月： 年 月） 6. 未修了		
教育歴・職歴	名称	教育内容又は業務内容	年 月
	有限会社 サイサリス	障害者外出支援	H17・3～H18・3
	株式会社 えがお	重度障害者訪問	H18・9～H23・1
	医療法人日新会	デイサービス介護職員	H24・5～H24・8
	株式会社フォレストブック	デイサービス介護職員	H24・9～H26・9
	株式会社ビーナス	デイサービス介護職員	H27・1～H28・6
	合 計		9 年 5 か月
資格・免許・	名称	取得機関	取得年月日
	全身性障害者移動介護従業者養成研修課程	(有)オール・ウェイズ・カンパニー	H16.5.4
	視覚障害者移動介護従業者養成研修課程	(有)オール・ウェイズ・カンパニー	H16.2.19

学位	介護福祉士	財団法人社会福祉振興・試験センター	H20. 4. 14
----	-------	-------------------	------------

(注1) 教務に関する主任者ごと作成すること。

(注2) 修了した講習会の修了証の写しを添付すること。

(注3) 「資格・免許・学位」欄に記載した資格等については、当該資格証等の写しを添付すること。

(注4) 実務経験の対象となる業務は、「指定施設における業務の範囲等及び介護福祉士試験の受験資格の認定に係る介護等の業務の範囲等について」(昭和63年2月12日付け社庶第29号)を参照のこと。

介護過程Ⅲ（面接授業）を担当する教員に関する調書

養成施設名	株式会社ビーナス 介護福祉士実務者研修（通信課程）		
氏名	西 裕子		
生年月日	昭和 48 年 7 月 9 日	年齢（42 歳）	
最終学歴（学部、学科、専攻）	大阪聖徳学園社会体育専門学校		
担当予定科目	人間の尊厳と自立、社会の理解Ⅰ・Ⅱ、介護の基本Ⅰ・Ⅱ、コミュニケーション技術、生活支援技術Ⅰ・Ⅱ、介護過程Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ、発達と老化の理解Ⅰ・Ⅱ、障がいの理解Ⅰ・Ⅱ、こころのからだのしくみⅠ・Ⅱ		
該当番号	（1）		
修了講習会	1. 実習指導者講習会（修了年月： 年 月） 2. 介護教員講習会（修了年月： 年 月） ③ 実務者研修教員講習会（修了年月： 27 年 7 月） 4. 主任指導者養成講習会（修了年月： 年 月） 5. 指導者養成講習会（修了年月： 年 月） 6. 未修了		
教育歴・職歴	名 称	教育内容又は業務内容	年 月
	有限会社 サイサリス	障害者外出支援	H17・3～H18・3
	株式会社 えがお	重度障害者訪問	H18・9～H23・1
	医療法人日新会	デイサービス介護職員	H24・5～H24・8
	株式会社フォレストブック	デイサービス介護職員	H24・9～H26・9
	株式会社ビーナス	デイサービス介護職員	H27・1～H28・6
	合 計		
資格・免許・学位	名 称	取得機関	取得年月日
	全身性障害者移動介護従業者養成研修課程	(有)オール・ウェイズ・カンパニー	H16.5.4
	視覚障害者移動介護従業者養成研修課程	(有)オール・ウェイズ・カンパニー	H16.2.19
	介護福祉士	財団法人社会福祉振興・試験センター	H20.4.14

（注1） 面接授業を担当する教員ごとに作成すること。

（注2） 修了した講習会の修了証の写しを添付すること。

（注3） 「資格・免許・学位」欄に記載した資格等については、当該資格証等の写しを添付すること。

（注4） 実務経験の対象となる業務は、「指定施設における業務の範囲等及び介護福祉士試験の受験資格の認定に係る介護等の業務の範囲等について」（昭和 63 年 2 月 12 日付け社庶第 29 号）を参照のこと。

（注5） 他の養成施設に実施させる場合は、実施先の面接授業担当教員ごとに作成すること。

医療的ケアを担当する教員に関する調書

養成施設名	株式会社ビーナス 介護福祉士実務者研修（通信課程）		
氏名	小島 純子		
生年月日	昭和 44 年 7 月 28 日	年齢（46 歳）	
最終学歴 （学部、学科、専攻）	大阪府立公衆衛生専門学校 看護科		
該当番号	(1)		
医療的ケア教員講習会	① 修了 （修了年月：28 年 5 月） 2. 未修了		
介護職員によるたんの吸引等の 試行事業又は研修事業（不特定多 数の者を対象としたものに限る。） における指導者講習会	1. 修了 （ 年 月 日 ～ 年 月 日） 2. 未修了		
教育 歴 ・ 職 歴	名 称	教育内容又は業務内容	年 月
	大阪府立羽曳野病院	病棟 看護業務	H3. 4. 1～H4. 6. 30
	阪和第 2 泉北病院	病棟 看護業務	H15. 4. 21～H16. 6. 20
	株式会社 ビーナス	通所介護 看護職員	H16. 6. 21～H19. 8. 31
	株式会社 ビーナス	通所介護 看護職員	H24. 4. 1～H26. 8. 31
	合 計		
資 格 ・ 免 許 ・ 学 位	名 称	取得機関	取得年月日
	看護婦免許	厚生省	H3 年 5 月 27 日

(注 1) 各教員ごとに作成する。

(注 2) 修了した講習会の修了証の写しを添付すること。

(注 3) 「資格・免許・学位」欄に記載した資格等については、当該資格証等の写しを添付すること。