２０２５年度 リフトリーダー養成研修 開催要綱

１．目的

介護の現場等において介護労働者の身体的負担軽減や腰痛予防のためのリフト等、福祉用具の導入を推進するために必要な知識及び技術を付与する研修を行い、リフト等の使用に関し事業所等における指導的役割を担う人材（リフトリーダー）の養成を行うことを目的とする。

２．主催

公益財団法人 テクノエイド協会

３．実施機関

福祉用具＆住環境ネットワークとっとり

４．日程

２０２５年６月１８日（水）・ ６月１９日（木）

５．受講対象者

下記の①～③の条件を満たすいずれかの者とする。

① 施設等に所属する職員又は事業主で、福祉用具に関心を持ち、リフト等を積極的に導入して職場内の介護労働者に対し腰痛予防対策を積極的に推進しようとする者

② 施設等へリフトをはじめとする福祉用具を導入することによって、当該職場内の介護労働者に対し腰痛予防対策を積極的に推進しようとする福祉用具関連事業者

③ その他、特に研修受講の有効性があるとテクノエイド協会が認める者

６．受講定員

３０名

７．受講申込受付期間

２０２５年４月３日（木）～２０２５年４月３０日（水）　※1次締め切り

２０２５年５月１日（木）～２０２５年５月１６日（金）

※２次締め切り（1次で定員に達していない場合に限ります）

８．申込方法

メール（申込書を添付）

９．受講料

１８，０００円

１０．受講可否について

申込書をいただいた後、受講決定者にメールにて受講決定通知をお送りいたします。

１１．研修修了証書

カリキュラムの全てを受講した者を研修修了者とし、公益財団法人テクノエイド協会理事長名によるリフトリーダー養成研修修了証書を交付します。

１２．個人情報の取扱いについて

研修参加についてのみの使用とし、第3者には漏らしません

１３．その他

受講申込が一定数に達しない場合は開催されない場合があります。

１４．申込・お問合せ先

福祉用具＆住環境ネットワークとっとり　（㈱トータルゲート内）

電話：０８５７－３０－５２６８　（平日９：００～１８：００）

２０２５年度リフトリーダー養成研修スケジュール

第１日目　　　２０２５年６月１８日（水）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 時間 | 履修時間 | 内容 | 講師 |
| １０：００～  １１：４０ | １００ | リフトリーダーと助成金 | 安全なケア研究所  上田喜敏 |
| １２：３０～  １４：００ | ９０ | 腰痛の原因と対策 | 〃 |
| １４：００～  １７：００ | １８０ | 介護作業とリフト | 〃 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

第２日目　　　２０２５年６月１９日（木）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 時間 | 履修時間 | 内容 | 講師 |
| ９：００～  １２：００ | １８０ | リフト実技演習 | 安全なケア研究所  上田喜敏 |
| １２：５０～  １５：５０ | １８０ | リフト実技演習 | 〃 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

リフトリーダー養成研修　受講申込書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込日 　　　　　　年　　　月　　　日  公益財団法人テクノエイド協会理事長　殿  リフトリーダー養成研修の受講を申込みます。 | | | | |
| 申込者氏名等 | ﾌﾘｶﾞﾅ  氏名 | 生年月日　西暦　　　　　　年 　 　月　 　 日生 | | | |
| 満　 　 　歳 | | 性別　　男 ・ 女 | |
| 〒  都道  府県  住所 | | | | |
| 日中連絡先　　　　　（　　　　　　　）　　　　　　 ／携帯電話　　　　　（　　　　　　　） | | | | |
| メールアドレス | 【２つ記入して下さい】メインアドレス未着の際は予備アドレスにご連絡する場合があります。―ハイフン、＿ｱﾝﾀﾞｰﾊﾞｰ、など間違えやすいのでフリガナをつけてください。  個人のアドレスをご記入ください。 | | | | |
| メインアドレス | (フリガナ) | | | | |
|  | | | | |
| 予備アドレス | (フリガナ) | | | | |
|  | | | | |
| 主たる業務内容に関する資格 | 資格名 | | 取得年月日（西暦　　　　　　 年 　　　　月） | | |
| 勤　務　先 | 名称（営業所、支店名等までお書きください）  　(ﾌﾘｶﾞﾅ) | | | | |
| 〒  都道  府県  住所 | | | | |
| ＴＥＬ　　　　　　（　　　　　　）　　　　　　　 ／ＦＡＸ　　　　　　（　　　　　　） | | | | |
| （業種・施設種別：該当するものに○印）  1. 福祉用具貸与事業者 2.福祉用具販売事業者 3.その他の指定居宅サービス事業者 4.居宅介護支援事業者　　　　　　　　　　5.特別養護老人ホーム　6.社会福祉協議会　7.行政 8.介護実習・普及センター 9.高齢者総合相談センター  10.病院・診療所　11.リハビリテーションセンター 12.公設展示場　13.福祉用具製造事業者14.老人保健施設  15.介護療養型医療施設　16.住宅改修事業者　17.教育機関  18.その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 資料等送付先 | 【　　自宅　　・　　勤務先　　】　※いずれかに○印 | | | | |