2026 年度（令和 8 年度）福祉用具プランナー管理指導者養成研修
管理・指導コース　開催要項

【お知らせ】
福祉用具プランナー管理指導者養成研修は、今後の研修体系をよりニーズに即した形への見直しと、再構築に向けた検討を行うため、2027 年度以降の実施については未定となっております。次回の開催時期が不透明なため、ぜひこの機会を逃さず受講をご検討ください。

★本研修の各コースは、福祉用具プランナー登録更新のための指定研修となっております。また、福祉用具プランナー管理指導者の認定取得を目的とせず、自身のスキルアップのため希望するコースのみ受講することもできます。

■目　的

福祉用具プランナーの更なる資質の向上、福祉用具プランナー認定講習等の指導者（講師）および福祉用具関連事業者等の管理・指導職としての役割を担う人材として福祉用具プランナー管理指導者を養成することを目的とします。

■福祉用具プランナー管理指導者養成研修の概要

福祉用具関連従事者として活動している福祉用具プランナーを対象に 4 コースを開催します。福祉用具プランナー管理指導者の認定を受けるには、4コース全てを履修（受講するコースの順序は問いません）することが条件となります。

	コース	履修時間
1	起居移乗コース	座学・演習実技　44.0 時間
2	車椅子シーティングコース	座学・演習実技　41.0 時間
3	福祉用具工学コース	座学・演習実技　43.5 時間
4	管理・指導コース	座学・演習実技　54.0 時間

（合計 182.5 時間）

■受講対象者及び受講定員

福祉用具プランナーの資格を有する者　20 名
（感染症の拡大状況等によっては、延期、又は中止する場合があります。）

■研修期間及び会場

研修期間　2027 年 1 月 18 日（月）～ 1 月 23 日（土）
会　　場　公益財団法人テクノエイド協会　会議室（地図参照）

■受講料と内容

■管理･指導コース　2027 年 1 月 18 日（月）～ 1 月 23 日（土）	
受 講 料	88,000 円（受講料 80,000 円／消費税 8,000 円、資料代込み）
内　　容	社会福祉と福祉用具制度、対人援助と指導技術、福祉用具市場と経営、 個別援助計画

※受講料は各コースごとのお支払いになります。
※各コースとも納付済みの受講料については、特別の事情のある場合を除き返金できません。

【参考】他のコースの内容

■起居移乗コース　2026 年度開催は受付終了	
受 講 料	88,000 円（受講料 80,000 円／消費税 8,000 円、資料代込み）
内　　容	起居関連用具、移乗関連用具、床ずれ防止関連用具、入浴関連用具、 排泄関連用具、多職種連携のためのワークショップ

■車椅子シーティングコース　2026 年度開催は受付終了	
受 講 料	88,000 円（受講料 80,000 円／消費税 8,000 円、資料代込み）
内　　容	医学一般、ICF、車椅子と座位保持装置、コミュニケーション関連用具、 義肢装具、可搬型階段昇降機、ヒヤリハット事例検討　等

■福祉用具工学コース　2026 年度開催は受付終了	
受 講 料	88,000 円（受講料 80,000 円／消費税 8,000 円、資料代込み）
内　　容	福祉用具工学基礎、福祉住環境学（住宅改造）、福祉用具整備方法（車椅子・特殊寝台）、リフト導入支援方策、福祉用具不適合事例検討　等

■受講申請締切日

2026 年 12 月 21 日（月）必着

■受講申請方法

研修の受講を希望する方は、「福祉用具プランナー管理指導者養成研修　受講申請書（別添様式 7 ページ）」を申請締切日までに下記問合せ先へ郵送、メールまたは持参してください。

■受講決定

受講条件等を審査の上、受講の可否を決定し、12 月下旬に受講決定通知および受講料の支払い案内を送付します。また、受講ができない場合についてもその旨を通知します。

■事前提出課題および事前準備

研修時のグループディスカッションのため、事前に課題提出（各人が対応した事例に基づく内容）および発表を行う場合があります。

その際は、受講決定者に通知しますので予めご承知おきください。

■感染防止対策への取組み

インフルエンザ等感染防止には配慮しますが、万が一罹患した場合は、当協会で責任を負うことはできませんので予めご承知おきください。

【受講にあたり次の事項についてご協力ください】

（1）マスクの着用については、政府が決定した「マスク着用の考え方の見直し等について」を踏まえ、当協会の規定に基づき個人の判断に委ねます。

（2）消毒用アルコールを用意しますので、手指の消毒にご協力ください。

（3）発熱（37.5 度以上）、倦怠感等体調不良の方は出席をご遠慮ください。

■修了証書の交付と福祉用具プランナー管理指導者の認定

原則として全科目出席した者に修了証書を交付します。

なお、福祉用具プランナー管理指導者として認定されるためには4コース全てを修了し、所定の書類を沿えて資格申請をすることで、福祉用具プランナー管理指導者と認定されます。

■個人情報の取扱いについて

（1）本研修申請者に関する個人情報は、受講承認に係る作業（受講可否の決定通知送付等）に使用します。

（2）本研修受講者に関する個人情報は、研修事業運営に係る作業（受講者名簿の作成、資料の送付、修了証書の交付等）および統計資料の作成に使用します。

（3）これらの個人情報は、公益財団法人テクノエイド協会が適切に管理し、上記以外の目的での使用や、本人の了承なく第三者に提供することはありません。

■問合せ先



公益財団法人テクノエイド協会　試験研修部
〒162-0823　東京都新宿区神楽河岸1－1 セントラルプラザ4階
TEL　03-3266-6884　FAX　03-3266-6885
E-mail　fukyu@techno-aids.or.jp

公益財団法人テクノエイド協会　案内図



●所在地

〒162-0823　東京都新宿区神楽河岸1-1　セントラルプラザ4F

●電話番号

代表(総務部)　03-3266-6880

試験研修部　03-3266-6884(福祉用具プランナー管理指導者関係)

●アクセス

JR総武線　飯田橋駅下車　西口徒歩5分

地下鉄　飯田橋駅下車　B2b出口直結

公益財団法人テクノエイド協会

個人情報取扱い同意書

当協会はお客様の個人情報をお預かりすることになりますが、そのお預かりした個人情報の取扱について、下記のように定め、保護に努めております。

【利用目的】

1）お問い合わせ対応

2）ご案内配信

3）各種発行物作成、発送

4）受講者名簿作成

5）研修受講履歴管理

6）その他（各種研修事業に係る対応）

【第三者への提供】

当協会は法律で定められている場合を除いて、お客様の個人情報を当該本人の同意を得ず第三者に提供することはありません。

【個人情報の取扱い業務の委託】

当協会は事業運営上、お客様により良いサービスを提供するために業務の一部を外部に委託しており、業務委託先に対してお客様の個人情報を預けることがあります。この場合、個人情報を適切に取り扱っていると認められる委託先を選定し、契約等において個人情報の適正管理・機密保持などによりお客様の個人情報の漏洩防止に必要な事項を取決め、適切な管理を実施させます。

【個人情報提出の任意性】

お客様が当協会に対して個人情報を提出することは任意です。ただし、個人情報を提出されない場合には、当協会からの返信やサービスを実施ができない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

【個人情報の開示請求について】

お客様には、貴殿の個人情報の利用目的の通知、開示、第三者提供記録の開示、内容の訂正、追加又は削除、利用の停止、消去及び第三者への提供の停止、第三者提供の記録の開示等を要求する権利があります。詳細につきましては下記の窓口までご連絡いただくか、ホームページの「個人情報の取り扱いについて」をご確認ください。

お問合せ先：個人情報問合せ窓口
TEL 03-3266-6884
E-mail fukyu@techno-aids.or.jp
担当者：篠　明子
責任者：個人情報保護管理者　内山　徹

申込締切日 2026 年 12 月 21 日（月）必着

2026 年度（令和 8 年度）福祉用具プランナー管理指導者養成研修
「管理・指導コース」受講申請書

年　　月　　日

公益財団法人テクノエイド協会理事長　殿

福祉用具プランナー管理指導者養成研修「**管理・指導**コース」の受講を申請します。

フリガナ 氏　名					
プランナー ID 番号	ata -			（※不明な場合は無記入可）	
生年月日・年齢・性別	西暦　　年　　月　　日生			歳	男 ・ 女
現住所	〒				
電話番号	日中連絡先			携帯	
メールアドレス （必須）	メインアドレス				
	予備アドレス				
勤務先 フリガナ 名　称					
勤務先 住　所	〒				
勤務先 TEL・FAX	TEL			FAX	
勤務先業種 （該当するものに✔）	□ 福祉用具貸与事業者	□ 特別養護老人ホーム		□ 介護実習・普及センター	
	□ 福祉用具販売事業者	□ 介護老人保健施設		□ 公設展示場	
	□ 福祉用具製造事業者	□ 介護療養型医療施設		□ 社会福祉協議会	
	□ 住宅改修事業者	□ 地域包括支援センター		□ 教育機関	
	□ 居宅介護支援事業者	□ リハビリテーションセンター		□ 行政	
	□ その他の指定居宅サービス事業者	□ 病院・診療所		□ その他	
	※上記で「その他」を選択した方は具体的に内容をご記入ください。				
福祉用具に関連する従事年数	年（※通算年数）				
主な資格取得状況	資格名	取得日（西暦　　年　　月　　日）			
	資格名	取得日（西暦　　年　　月　　日）			
	資格名	取得日（西暦　　年　　月　　日）			
資料等送付先	（ 自宅 ・ 勤務先 ）※いずれかに〇印				
個人情報取扱い同意	□「個人情報取扱い同意書」に同意します。 ※ 6 ページの「個人情報取扱い同意書」をご一読のうえチェックを入れてください。				