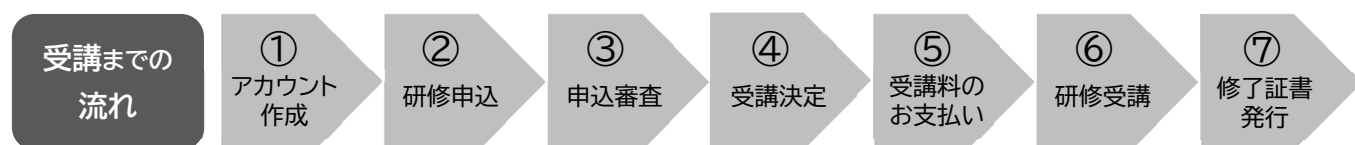


研修お申込み方法

< 熊本県相談支援従事者初任者研修 >

令和 8 年度に保健福祉振興財団の研修をお申込みされた方で「U-*****」のアカウントを持っている方は「P3.②研修申込」へお進みください。

● 下記手順に沿ってお進みください。




① 保健福祉振興財団 アカウント作成



1. 「障害福祉に関する研修」ボタンより希望する研修のページへ入る。

<https://kensyu.hokenfukushi.or.jp/wel02/>

2.  **新規登録** ←「◎申込方法」の左記のボタンよりアカウントを作成する。

※法人・事業所からの申込者が複数いる場合は、**申込者 1 人ずつのアカウント作成が必要**です。

3. 「アカウント登録情報入力」画面で必要事項を入力する。

必須 項目を入力する。



アカウント登録情報入力

※本サイトのご確認を

法人・事業所からの申込みの場合も代表者等ではなく、申込者本人の情報を入力

「名」の項目については登録後はご自身での変更ができません。お間違いのないようお願いいたします。

初期パスワードは生年月日西暦 8 桁で自動作成されますので **ご入力不要**です。

「名」、「フリガナ（メイ）」は、登録後の訂正は行えません。ご注意ください。

氏名（姓名） 必須	入力例) 財団	入力例) 太郎
氏名（セイメイ） 必須	入力例) ザイダン	入力例) タロウ
メールアドレス 必須	入力例) abcde@abcde.com	
メールアドレス（確認） 必須	入力例) abcde@abcde.com	
生年月日 必須	年/月/日	
パスワード 必須	パスワード	

初期値は「生年月日」西暦8桁です。 例) 2020/11/02 → 20201102



ご登録のメールアドレスに本サイトから発信されるメールが、迷惑フォルダに入ったり、受信拒否されたりする場合があります。可能であれば、@hokenfukushi.or.jpからのメールが受信できるよう事前に設定をお願いします。

任意 項目を入力する。

※アカウント作成時は任意でも、 の項目は**研修申込時に必須となるため入力ください。**
(申込時に変更・追加は可能)

The image shows a registration form with the following fields:

- 自宅電話番号 (任意) 入力例) 06-6940-6117
- 携帯電話番号 (任意) 入力例) 000-xxxx-xxxx
- 勤務先電話番号 (任意) 入力例) 03-6261-0307
- 勤務先法人名 (任意) 入力例) 一般財団法人保健福祉振興財団
- 勤務先名 (任意) 入力例) 一般財団法人保健福祉振興財団 関東本部
- 勤務先郵便番号 (任意) 入力例) 102-0094
- 勤務先都道府県 (任意) 選択してください
- 勤務先市区町村 (任意) 入力例) 千代田区紀尾井町
- 勤務先番地・建物名・部屋番号 (任意) 入力例) 3-12 紀尾井町ビル5階 502号
- 自宅郵便番号 (任意) 入力例) 000-0000
- 自宅都道府県 (任意) 選択してください
- 自宅市区町村 (任意) 入力例) 〇〇市〇〇区〇〇町
- 自宅番地・建物名・部屋番号 (任意) 入力例) 1-2-3 〇〇ビル 〇〇号

A red box highlights the fields from "勤務先電話番号" to "勤務先番地・建物名・部屋番号". At the bottom, there is a blue button labeled "登録する".

4. 仮登録完了画面に移る

The screen displays the following text:

仮登録完了

ご入力いただいたメールアドレスに確認メールを送信致しました。(登録はまだ完了していません)
24時間以内にメール本文内の本登録用URLをクリックいただくと登録が完了致します。

※メール到着に5～10分ほどかかる場合がございます。

5. 登録したメールアドレス宛に「アカウント本登録のお願い」というメールが届きますので確認ください。本文中の URL をクリックすることで本登録が完了します。

※メールが届かない場合はご連絡ください

The screen displays the following text:

アカウント登録確認

登録が完了いたしました。

A red box highlights the text: 「ログイン画面へ」は押さずに画面を一旦閉じてください

An arrow points from the red box to a blue button labeled "ログイン" which has a red 'X' over it.

保健福祉振興財団の HP に一旦戻る

<https://kensyu.hokenfukushi.or.jp/wel02/>

② 研修申込



1.  **申込** ←の左記のボタンより研修の申込みをする。

※法人・事業所からの申込者が複数いる場合、**申込者本人のユーザーID とパスワードが必要**です。

2. 任意のパスワードに変更

※現在のパスワードは「アカウント本登録のお願い」メールに記載しております。

パスワードの変更
パスワードの変更が必要です。

ユーザーID:

現在のパスワード
現在のパスワードを入力してください

新しいパスワード
新しいパスワードを入力してください

新しいパスワード再入力
新しいパスワードを再入力してください

パスワードを変更

パスワードの変更
パスワードが変更されました。

申込フォームへ

申込フォームへ

※変更したパスワードはご自身で管理ください。

3. 作成したアカウントでログイン

※ユーザーID は「アカウント本登録のお願い」メールに記載しております。

ユーザーID U-*****

パスワード 変更したパスワード

ログイン

ユーザーID/パスワードを忘れてしまった方はこちら

4. 受講コース情報の確認

《申込入力・申込確認方法についてのご注意》を熟読の上、受講コースを選択ください。

The screenshot shows a progress bar at the top with 6 steps: 1. 受講コース情報 (highlighted), 2. 受講者情報 (with a sub-link for 登録情報変更), 3. 申込情報入力, 4. 連絡先・支払方法等, 5. 申込内容確認, and 6. 申込完了.

Below the progress bar is a light blue box titled 《申込入力・申込確認方法についてのご注意》. It contains the following text:

1. 本研修の申込は、**お一人1回のみ**です。複数のコースを重複して申込されないように、ご注意ください。

【郵送先】
〒862-0926
熊本県熊本市中央区保田窪1-10-38
一般財団法人 保健福祉振興財団 熊本支部

A red box highlights the text: 希望のコースを選択後「進む >」. An arrow points from this box to a dropdown menu in the '受講コース情報' section, which is currently set to '令和8年度 熊本県相談支援従事者 初任者研修 【全日程コース】'. Below the dropdown is a blue button labeled '進む >'.

5. 受講者情報の確認

The screenshot shows a progress bar at the top with 6 steps: 1. 受講コース情報, 2. 受講者情報 (highlighted), 3. 申込情報入力, 4. 連絡先・支払方法等, 5. 申込内容確認, and 6. 申込完了.

Below the progress bar is a light blue box titled 《登録情報をご確認ください。変更がある場合は、「登録情報変更へ」から変更を行ってください。》.

The main form area contains a list of fields for registrant information, each with a red '必須' (required) label:

- 氏名
- 生年月日
- メールアドレス
- 自宅電話番号
- 携帯電話番号
- 勤務先電話番号
- 勤務先法人名
- 勤務先名
- 勤務先郵便番号
- 勤務先都道府県
- 勤務先市区町村
- 勤務先番地・建物名・部屋番号
- 自宅郵便番号
- 自宅都道府県
- 自宅市区町村
- 自宅番地・建物名・部屋番号

A red box highlights the text: ・変更があれば「登録情報変更へ」
・変更がなければ「進む >」. Arrows point from this box to a blue button labeled '登録情報変更へ' and a blue button labeled '進む >'. Below the '進む >' button is a grey button labeled '< 戻る'.

6. 申込情報入力

● 法人からの推薦 任意

「推薦あり」

※推薦がなくても申込み可能。定員を超えた場合、熊本県内の法人推薦がある方を優先

※法人推薦書の様式 → [法人推薦書.pdf](#)

● 「法人からの推薦書の提出方法」

＜提出方法いずれか選択＞

- ・アップロード → このページよりアップロード
- ・郵送 → 郵便で送付ください

● 相談支援専門員の実務要件(全日程コースのみ) 必須

[参考資料 1](#) 相談支援専門員の実務要件に従って、該当要件や年数・ヶ月を入力してください。

実務経験を満たしている場合の「参考資料1」の該当要件 必須	未選択
参考資料1において相談支援業務の実務経験年数・ヶ月数 必須	未選択
	①Aの期間が3年以上ある者
	②BとCの期間が通算して5年以上ある者
	③Dの期間が通算して10年以上ある者
	④B、C、Dの期間が通算して3年以上かつEの期間が5年以上ある者

● 課題作成・実習協力者の手配について(全日程コースのみ) 必須

※課題作成及び実習協力者の手配が可能であればチェックを入れてください。

課題作成・実習協力者の手配について 下記の内容を確認し、課題作成及び実習協力者手配ができることを確認しました。

て 必須

全日程コースのインターバル実習では、ご自身で選定した実践事例をもとに、基幹相談支援センター等においてアセスメントに関するスーパービジョンを受けていただきます。作成した課題をもとに集合研修で演習を実施しますので、以下の選定基準を踏まえたうえで、ご自身で実習協力者を探していただきますようお願いいたします。課題詳細、作成方法、実習先等については、演習2日目に説明します。※課題作成、実習協力者の手配ができることを受講条件とします。

[\(別紙3 課題と実習協力者の手配について \(PDF\) \)](#)

【事例選定の条件】

- ①実際に自分自身が現在進行形で関わっている又は関わったことがある事例
- ②ケアマネジメント技法を用いた支援に適する事例
 - ・原則、在宅訪問が可能な地域生活（在宅生活）支援、入所、入院から地域移行支援に関する事例
 - ・実習期間内にゴール設定ができるか、あるいはすでにできている事例
 - ・地域の複数の社会資源を活用している（したい）事例
 - ・1つ以上の障害福祉サービスを利用している（したい）事例
- ③自らが何らかの課題意識でアセスメントを（再）検討してみたい、アセスメントについて他者の意見を聞いてみたい事例

【選定できない事例】

- ①入所・入院に向けた支援、入所・入院の継続支援に関する事例
- ②緊急性の高い事例、危機介入の必要な事例、虐待が疑われる事例
- ③本研修期間中に関係性の構築が困難な事例、研修期間中に会うことが困難な事例
- ④現在、本人のゴールがない、本研修の期間中に定まりがたいと想定される事例

● 従事予定事業所について(全日程コースのみ) **必須**

※研修終了後に相談支援専門員として従事する事業所について回答してください。

従事予定事業所名 **必須** 相談支援事業所〇〇

相談支援専門員として従事する予定の事業所名を入力してください。
※指定申請予定又は申請予定時期未定の場合は仮称で可。

従事予定事業所が所属する福祉圏域 熊本市中央区

必須

従事予定事業所種別 **必須** 基幹相談支援センター

指定一般相談支援事業所

指定特定相談支援事業所

指定障害児相談支援事業所

その他

上記にない種別について入力してください。

従事予定事業所 指定申請状況 指定済み

必須

指定申請時期(西暦) **必須** 2010年4月

指定申請時期を西暦で入力してください。

受講理由 **必須** ①既に従事予定事業所が指定を受けており、研修終了後速やかに相談支援専門員として従事する予定

受講理由について該当するものを選んでください。
※ここでいう速やかとは、2027年3月末までのこと。

● 研修受講にあたっての配慮事項 **任意**

研修受講にあたっての配慮事項 例) 車椅子使用

任意

配慮事項があれば入力ください

障がい等により配慮が必要な方は、ご入力ください。

< 戻る

進む >

7. 連絡先・支払方法等 **必須**

連絡先・送付先

連絡先 **必須** 携帯電話番号 希望の連絡先を選択

支払方法

支払方法 **必須** コンビニ払い 希望の支払い先を選択

支払コンビニ **必須** ローソン

8. 補足事項・個人情報の取り扱いについて **必須**

補足事項

備考

備考を入力 補足事項があれば入力ください

氏名等に機體依存文字・旧漢字体があった場合の補足説明をご入力ください。
この備考欄に、ご質問等をご入力いただきましても、お答えできかねますのでご了承ください。電話等

個人情報保護方針をクリックして内容確認後、「個人情報の取り扱い」に同意するに☑を入れて「申込内容確認へ > 」

ご確認・ご了承事項

個人情報の取り扱い

当財団における個人情報の取り扱いについては、個人情報保護方針をご確認の上、同意いただきましたら下記同意欄にチェックを入れて、「申込内容確認へ」を押してください。

「個人情報の取り扱い」に同意する

< 戻る 申込内容確認へ >

9. 申込内容を確認し、問題なければ「 申込を行う > 」で申込み

< 戻る 申込を行う >

10. 申込完了

完了後、「研修申込完了通知」のメールが届きます。

※届かない方は一度迷惑メールフォルダをご確認のうえ、解決しない場合はご連絡ください。



11. 申込キャンセル

申込後にキャンセルする場合は、必ず下記の手順にてご連絡をお願いいたします。

保健福祉振興財団の HP にアクセス

<https://kensyu.hokenfukushi.or.jp/wel02/>

令和8年度 熊本県 相談支援従事者 初任者研修

HOME / 研修一覧 / 令和8年度 熊本県 相談支援従事者 初任者研修

この研修に関するお問い合わせは **熊本支部** ☎ **096-213-1600**
(受付時間/月~金 AM9:00~PM5:30)

研修概要

当財団は熊本県の指定を受け、表記研修を実施いたします。

● 研修の目的

地域の障がい者等の意向に基づく地域生活を実現するために必要な保険、医療、福祉、就労、教育などのサービスの総合的かつ適切な利用支援等の援助技術を習得

● キャンセルを希望される方

申込のキャンセルをされる方は **こちら** からお願いします。

令和8年度熊本県相談支援従事者初任者 研修 キャンセル連絡

研修申込のキャンセルを希望される方は、下記を入力してください。

必要事項をご入力ください

③ 申込審査



このあと申込内容及び書類の確認・審査に移ります。結果までお待ちください。

④ 受講決定



8月下旬頃に、受講の可否に関する通知書を
(一財)保健福祉振興財団よりメールにて通知します。

⑤ 受講料のお支払い



全日程コース 受講料:56,500円(税込)

講義(eラーニング)コース 受講料:14,000円(税込)

受講決定通知書のメールにお支払いのご案内を記載して送付しますので確認ください。

※受講料の支払いは、コンビニエンスストア(ファミリーマート、ローソン等)でのお支払いとなります。また、コンビニエンスストアでの振込手数料は上記受講料に含まれます。

※受講料の返金はできませんのでご注意ください。

⑥ 研修受講



中央法規出版「障害者相談支援従事者研修テキスト 現任研修編(2025年2月発行)」を使用しますので、事前にご購入ください。

【受講者情報・申込情報の変更について】

お申込時に登録した受講者情報・申込情報に変更があった場合には、マイページの「研修・コース名」の該当コースのリンクをクリックし、表示された画面を印刷し、変更箇所を手書きで修正の上、FAXで送付ください。

FAX:096-213-1601 (一財)保健福祉振興財団あて

※画面の「登録情報」は絶対に触らないようお願いいたします。

マイページ 学習

申込研修一覧

受講決定通知書発行 領収書発行

申込 ステータス	申込日時	開講期間	研修・コース名	従事証明書	入金 ステータス
<input type="checkbox"/>	受講決定	2026/03/04 09:20	2026/04/01(水)~ 2027/03/31(水)		未入金

インフォメーション >
顔認証設定 >
~~登録情報 >~~

ここは触らないでください

- ① クリックして表示された画面を印刷
- ② 変更箇所を手書きで修正
- ③ FAXで送付

⑦修了証書発行



各日程、全科目を修了した者に、研修修了後発行します。

全日程コースは演習最終日に交付します。

講義(eラーニング)コースはレポート内容確認後、約1ヶ月後に郵送します。

修了証書の再発行には手数料がかかりますので、紛失等ないようにご注意ください。