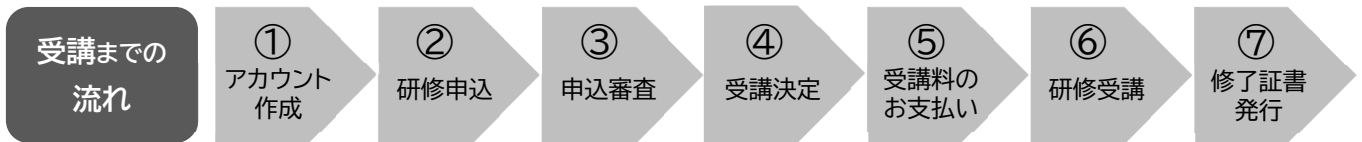


研修お申込み方法

<熊本県相談支援従事者研修>

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/wel03/>

2.  ←「◎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 various input fields. A red rectangular box highlights the following fields: 携帯電話番号 (Mobile phone number), 勤務先電話番号 (Work phone number), 勤務先法人名 (Work company name), 勤務先名 (Work name), 勤務先郵便番号 (Work postal code), 勤務先都道府県 (Work prefecture), 勤務先市区町村 (Work city/town/village), 勤務先番地・建物名・部屋番号 (Work address/building name/room number), 自宅郵便番号 (Home postal code), 自宅都道府県 (Home prefecture), 自宅市区町村 (Home city/town/village), and 自宅番地・建物名・部屋番号 (Home address/building name/room number). Each field has an '任意' (Optional) label. The form includes example inputs and search buttons for postal codes. At the bottom, there is a blue button labeled '登録する' (Register).

4. 仮登録完了画面に移る

The image shows a confirmation screen titled '仮登録完了' (Temporary registration completed). The text reads: '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おりません) 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。' (We have sent a confirmation email to the email address you entered. (Registration is not yet complete) Please click the registration URL in the email body within 24 hours to complete registration. *It may take 5-10 minutes for the email to arrive.)

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 image shows a confirmation screen titled 'アカウント登録確認' (Account registration confirmation). The text reads: '登録が完了いたしました。' (Registration is complete). A red box with a white border contains 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' (Do not click 'Login screen', please close the screen for now). A red arrow points from this box to a blue button labeled 'ログイン' (Login), which has a red 'X' over it, indicating it should not be clicked.

保健福祉振興財団の HP に一旦戻る

<https://kensyu.hokenfukushi.or.jp/wel03/>

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 6-step process flow: 1. 受講コース情報 (Selected), 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, 6. 申込完了.

A light blue box contains the following text:

《申込入力・申込確認方法についてのご注意》

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 >」

Below this, a dropdown menu is shown with the selected course: 令和8年度 熊本県相談支援従事者 現任研修 申込フォーム **必須** 令和8年度 熊本県相談支援従事者 現任研修【全日程コース】

A blue button labeled 進む > is highlighted with a red box.

5. 受講者情報の確認

The screenshot shows a 6-step process flow: 1. 受講コース情報, 2. 受講者情報 (Selected), 3. 申込情報入力, 4. 連絡先・支払方法等, 5. 申込内容確認, 6. 申込完了.

The registrant information form includes the following fields, 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 (任)
- 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 >」

Below this, a blue button labeled 登録情報変更へ is highlighted with a red box.

At the bottom, there are two buttons: < 戻る and 進む >. The 進む > button is highlighted with a red box.

6. 申込情報入力

●受講要件の確認

①初めて現任研修受講の場合、過去5年間に2年以上の相談支援の実務経験が必要になります。

過去に現任研修を受講した回数 **必須** ①初めて現任研修受講

初めて現任研修受講の方の受講要件の確認 **必須** ①Aに該当する

下記のAに該当しますか。該当しない場合は、受講要件を満たしません。

A、初めて現任研修受講・・・過去5年間（令和3年5月30日から令和8年5月29日）に通算して2年以上の相談支援業務に従事していた方

②2回目以降の現任研修受講の場合、過去5年間に2年以上の相談支援の実務経験又は現に相談支援業務に従事していることが必要になります。

過去に現任研修を受講した回数 **必須** ②2回目以降の現任研修受講

2回目以降の現任研修受講の方の受講要件の確認 **必須** ①Aに該当する

① Aに該当する
② Bに該当する
※いずれか選択する

下記のA・Bに該当しますか。該当しない場合は、受講要件を満たしません。

A、過去5年間（令和3年5月30日から令和8年5月29日）に通算して2年以上の相談支援業務に従事していた方

B、現に相談支援業務に従事している方

●提出書類の提出方法 **必須**

受講した現任研修（主任研修）の修了証書の提出方法 **必須** 未選択

受講した現任研修（主任研修）の修了証書を添付してください。（2枚目） **任意**

未選択

アップロード

郵送

ファイルを選択

<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

●実務経験証明書 **必須**

※実務経験証明書の様式 → [実務経験証明書.pdf](#)

●「実務経験証明書の提出方法」

＜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

●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

●事前課題の作成について **必須** /研修受講にあたっての配慮事項 **任意**

事前課題の作成について **必須** 下記の内容を確認し、課題に取り組めることを確認しました。

作成した事前課題を基に研修を進行するため、事前課題の提出ができることを受講条件とします。始めに「事前課題ガイダンス」を必ずご確認ください、様式等を当財団ホームページからダウンロードし、事前課題に取り組んでください。（様式等は5月下旬頃ホームページへ掲載予定）事前課題の取り組みがない方は演習のご受講をお断りする場合がございますのでご注意ください。またインターバル実習では、地域の相談支援体制等について調べた後に事務局指定の実習先に訪問等をしていただきます。実習先等については、演習1日目に説明します。

研修受講にあたっての配慮事項

任意

例) 車椅子使用

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。

●すべて入力して「進む >」

< 戻る

進む >

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/wel03/>

令和8年度 熊本県 相談支援従事者 現任研修

HOME / 研修一覧 / 令和8年度 熊本県 相談支援従事者 現任研修 /

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き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現任研修 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



5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



受講料:34,000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



演習課程は、作成した事前課題を基に研修を進行します。

事前課題の詳細については受講決定通知書にてお知らせしますのでご準備ください。

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。

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
受講決定	2026/03/04 09:20	2026/04/01(水)~ 2027/03/31(水)			未入金

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
③FAXで送付

ここは触らないでください

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。

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。