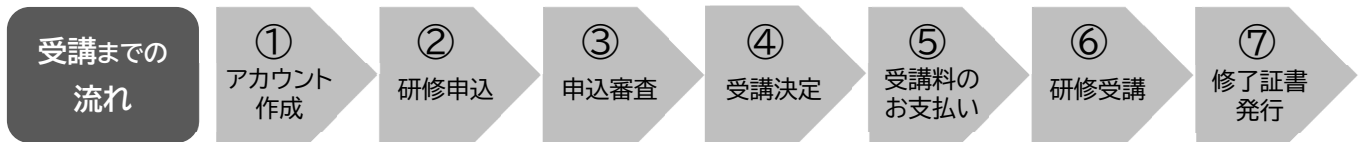


研修お申込み方法

＜熊本県精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修＞

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/wel24/>

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

※本サイトへのご登録は、必ず「◎申込方法」の左記のボタンより行ってください。受信拒否される場合があります。返信メールが届かない場合があります。

「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。

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。

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)

自宅電話番号 **任意** 入力例) 06-6940-6117
入力例) 〇〇〇-XXXX-XXXX ※ハイフンあり、半角で入力ください

携帯電話番号 **任意** 入力例) 〇〇〇-XXXX-XXXX

勤務先電話番号 **任意** 入力例) 03-6261-0307
入力例) 03-6261-0307 ※ハイフンあり、半角で入力ください

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 検索

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
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
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) 〇〇〇-〇〇〇〇 検索

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
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
入力例) 1-2-3 〇〇ビル 〇〇号

登録する

4. 仮登録完了画面に移る

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。

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

アカウント登録確認

登録が完了いたしました。

「ログイン画面へ」は押さずに画面を一旦閉じてください

ログイン画面へ

保健福祉振興財団の HP に一旦戻る

<https://kensyu.hokenfukushi.or.jp/wel24/>

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:
[masked]

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

※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 six steps: 1. 受講コース情報 (selected), 2. 受講者情報, 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 a note: 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。 Below this is the mailing address: 【郵送先】 〒862-0926 熊本県熊本市中央区保田1-10-38 一般財団法人 保健福祉振興財団 熊本支部. A red box with white text says: 希望のコースを選択後 「進む > ». Below this is a dropdown menu for the course, showing '令和8年度 熊本県精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修 申込フォーム 必須'. A red arrow points from the dropdown to a blue button labeled '進む >'. The button is also highlighted with a red box.

5. 受講者情報の確認

The screenshot shows a progress bar at the top with six steps: 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, and 6. 申込完了. Below the progress bar is a light gray box titled 受講者情報. It contains a note: 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。 Below this is a form with various 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 (labeled 任意), 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, and 自宅番地・建物名・部屋番号. A red box with white text says: ・変更があれば「登録情報変更へ」
・変更がなければ「進む > ». A red arrow points from the box to a blue button labeled '登録情報変更へ'. Another red arrow points from the box to a blue button labeled '進む >'. The '進む >' button is highlighted with a red box. At the bottom left is a gray button labeled '< 戻る'.

6. 申込情報入力

- 優先順位について **必須**
同一事業所より複数名申込をする場合の優先順位を選択してください。

優先順位について **必須**

2名中1番目

未選択
事業所からの申込みは1名

2名中1番目

2名中2番目
3名中1番目
3名中2番目
3名中3番目
その他

- 現勤務先情報から受講者情報について **必須**
必要事項を入力ください。

現勤務先名称 **必須**

現勤務先サービスの種類（複数選択可） **必須**

☐ 一般相談支援
☐ 特定相談支援
☐ 障害児相談支援
☐ 基幹相談支援
☐ 療養介護

研修の受講状況について（複数回答可） **必須**

☐ 相談支援従事者初任者研修（全日程コース）
☐ 相談支援従事者現任研修
☐ 相談支援従事者主任研修
☐ サービス管理責任者等基礎研修
☐ サービス管理責任者等実践研修
☐ サービス管理責任者等更新研修
☐ 該当なし

申込みに係る状況について（申込者） **必須**

☐ 現在、精神障害者を支援している
☐ 今後、精神障害者を支援していく予定である
☐ その他

- 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 **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。

< 戻る

進む >

7. 連絡先・支払方法等 **必須**

1 受講コース情報 2 受講者情報 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

登録情報変更

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

支払方法を選択してください。

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

氏名等に機軸依存文字・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、お答えできません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、同意いただけ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/wel24/>

令和8年度 熊本県精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修

HOME / 研修一覧 / 令和8年度 熊本県精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修 /

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、標記研修を実施いたします。

● 研修目的

本研修は、精神障害者の特性に応じた適切な支援がより一層行われるよう、障害福祉分野と介護分野の双方に精神障害者の特性に応じた支援や治療が提供できる従事者を養成するために実施します。

● 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 熊本県精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修 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



10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:22,000 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



【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。

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



全科目を修了した者に、研修最終日の修了後に発行します。

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。