

(各行政機関等の長 起案理由から転記) 様

青森県立保健大学  
キャリア開発センター長  
(公印省略)

令和3年度社会福祉行政新任職員研修について

このことについて、下記により開催しますので、お知らせいたします。受講対象者の出席について御配慮賜りますよう、お願い申し上げます。

記

- 1 目的 新任の福祉行政職員を対象に、福祉行政職員として業務上必要な知識の習得を図り、福祉従事者としての自覚を高め、今後の業務に役立てる機会とする。
- 2 受講対象者 行政機関の新任職員 15名(定員)  
(新型コロナウイルス感染拡大防止のため、定員数を変更しています。)
- 3 研修会場 青森市大字浜館字間瀬58-1 青森県立保健大学 教育研究C棟2階 研修室2
- 4 日時、講師等

日時	講師	形式	テーマ
4/26 (月)	13:00 ~ 14:30 青森明の星短期大学 講師 棟方 梢 氏	講義式	地域福祉を支える自治体の役割
	14:40 ~ 16:10 青森県健康福祉政策課 総括主幹 野田 千雪 氏		青森県の福祉の動向

**※12:20より、新型コロナウイルスに関する動画の上映を行いますので、可能な限り御出席いただくようお願いいたします。**

- 5 申し込み方法  
「令和3年度社会福祉研修概要」巻末にある受講申込書により、**4月19日(月)**までに下記にFAX送信または郵送してください。(お申し込みにあたり、送付状は不要です。)  
受講申込書は、「社会福祉研修概要」末頁のものをコピーしてお使いください。また、大学のホームページからもダウンロード可能です。  
◆大学ホームページ <https://www.auhw.ac.jp/> (キャリア開発センター ⇒ 社会福祉研修)  
◆FAX送付先 公立大学法人青森県立保健大学 キャリア開発・研究推進課 **FAX 017-765-2021**  
※受講決定通知は行いませんので、申込後特に連絡がない限り、受講決定されたものとします。定員を上回る申込があった場合には、人数調整させていただくことがありますので、御了承ください。
- 6 受講料  
行政職員研修となりますので、受講料は無料です。
- 7 その他  
来学の際、近隣商店等への無断駐車は、固くお断りいたします。  
県立保健大学は、建物内外を問わず禁煙となっておりますので、御協力ください。

**※研修当日、体温を計測し、別紙「出席確認・健康状態申告シート」に記入の上、忘れずに御持参ください。一つでも「ある」が当てはまる方は、参加を御遠慮ください。**

担当 青森県立保健大学 キャリア開発・研究推進課  
社会福祉研修担当 高森、八木橋、長谷川  
住所 〒030-8505 青森市浜館字間瀬58-1  
電話 017(765)4085 / FAX 017(765)2021

## 令和3年度社会福祉研修における新型コロナウイルス感染症への対応について

青森県立保健大学 キャリア開発センター長

新型コロナウイルス感染拡大防止策が求められていることを受け、本学を御利用の方には、学生・教職員を含め、以下の対応をお願いしております。

つきましては、研修参加にあたりましても記載の内容に御留意の上、御参加くださるようお願いいたします。

以下の方は参加を御遠慮いただきます。

- 1 研修日当日に37.5度以上の発熱または、次の症状がある方  
※頭痛、倦怠感、鼻汁、咽頭痛、咳、息苦しさ、味覚障害、嗅覚障害、下痢、吐き気
- 2 妊婦、高齢者及び基礎疾患をお持ちの方で、感染リスクを心配される方

### 日常生活で御注意いただきたいこと

「三つの密」の回避や、「人と人との距離の確保」「マスクの着用」「手洗いなどの手指衛生」をはじめとした基本的な感染対策の継続など、感染拡大を予防する「新しい生活様式」やソーシャルディスタンスの対応をお願いいたします。

### 研修日当日の注意点

- 1 必ずマスクの着用をお願いいたします。  
また、咳エチケットや手洗いをしっかり行う等、適切な感染症対策をお願いします。
- 2 公共交通機関を御利用の際も、マスクの着用をお願いいたします。
- 3 研修会場に入る前には、手洗い・手指消毒をお願いいたします。研修会場入口に手指消毒剤（アルコール消毒）を準備しておりますので御利用ください。
- 4 本校では喫煙はできません。
- 5 研修当日は、「出席確認・健康状態申告シート」を予め御記入のうえ、会場受付に御提出ください。

今後、新型コロナウイルスが感染拡大するなどの状況の変化があった場合は、研修の実施等について変更する場合がありますので、その際には随時、本学ホームページ上でお知らせします。

また、申込後にやむを得ず受講を辞退する場合には、必ず本学社会福祉研修担当まで御連絡をお願いいたします。

御理解のほど、よろしくをお願いいたします。

## 出席確認・健康状態申告シート

研修日	研 修 名

氏 名		
勤 務 先		
今日の体温	℃	

明らかな持病以外の症状で、自覚している症状及び県外移動歴についてお答えください。

1. 頭痛・倦怠感がありますか？	ある・ない
2. 鼻汁は出ていますか？	ある・ない
3. 咽頭痛がありますか？	ある・ない
4. 咳は出ていますか？	ある・ない
5. 息苦しさがありますか？	ある・ない
6. 味覚障害がありますか？	ある・ない
7. 嗅覚障害がありますか？	ある・ない
8. 下痢・吐き気がありますか？	ある・ない
9. その他、何か気になる症状がありますか？	ある・ない
※ 緊急事態宣言地域及び蔓延防止等重点措置地域への移動歴について 10. 研修日より14日間以内に該当地域への移動歴がありますか？	1) 緊急事態宣言地域 ある・ない  2) 蔓延防止等重点措置地域 ある・ない