

平成28年度 コーチング研修会

☆自分と相手の心を育てるコーチング☆

日常業務を通じての職員の育成や指導は、指導的立場にある職員に期待される役割の一つです。本研修会では、後輩・部下のやる気を引き出し、目標や夢をサポートする関わり方を習得することを目指します。

日 時 平成28年10月5日（水）～6日（木）両日とも 10:00～16:00

会 場 岡山県総合福祉・ホウテイツ・NPO 会館（きらめきプラザ）3階 301 会議室

※研修会での駐車場のご利用はできませんので、会場へは公共交通機関のご利用をお願いします。
また、車でお越しの方は、近隣の駐車場をご利用ください。

付近の有料駐車場について本会のHPにて案内しておりますのでご参照ください。

URL : http://fukushiokayama.or.jp/workwelfare/zinzai_center/iinzai_news/

参加対象 施設・事業所の指導的職員（後輩指導をしている人）

参加定員 80名 ※定員になり次第締め切らせていただきます。

参加費 6,000円（県社協会員）、20,000円（県社協非会員）
※昼食については、当日業者による注文販売を行います。

内 容 コーチングの基本的な理解やスキルを講義、演習、ロールプレイングを交えて学びます。

コーチングとは??

【1. 答えは全て本人の中に既にあります】 コーチングは相手に命令したり、教えたりするのではなく、相手にきく（聴く・訊く）ことで相手の内側で起こっていることに目を向け、リソース（資源）や可能性を引き出していきます。

【2. 自分の状態は相手に影響を与えています】 自分自身とつながり平和な状態でいるとあなたの周りも平和でいられます。まずは自分を整える方法を身に付け実践することが大切です。

講 師

ブレイントレイン岡山 代表 楠本 敦子 氏

教育業界で学力、マナー、礼儀など子供の‘成長’に関わる。その後人材ビジネス業界で、様々な業種の企業と求職者の間でマッチングを行い、人材開発や定着率向上に注力。

現在は『ブレイントレイン岡山』の代表、また『一般社団法人ここ・からだ』の理事として、胎児から高齢者、発達障害や学習障害を含む発達に凸凹があるお子さまやご家族、アスリートなど全世代の能力開発を行っている。

人が人の内側で起こっていることに寄り添い、違いを生かし合い、自分を信じて進んでいける社会になるように……。また、一人ひとりが持っている「願いを叶える力」を引き出し、学ぶが楽しい！働くが楽しい！が溢れる社会になるように……。自分自身や社会のコミュニケーションをテーマに全国で講演会や研修を開催中。

参加申し込み

〆切：9月21日(水)

①県社協ホームページから申し込む

県社協ホームページの「福祉施設職員等の研修案内」内、当該研修の「研修申込フォーム」より必要事項を入力しお申し込み下さい。

URL：http://fukushiokayama.or.jp/workwelfare/sisethu_syokuin/

②FAX・郵送で申し込む

参加希望者は、「参加申込書」によりFAXまたは郵送にてお申し込みください。

FAXで送信された場合は、必ず確認のためご一報願います。

※こちらからはお断りする場合のみ連絡をいたします。

参加費納入方法

郵便局に備え付けの青色の「振込取扱票」にて下記のとおり、**9月28日(水)まで**にお振り込みください。なお、参加を取り消された場合、納入された参加費は返還いたしませんので、ご了承ください。

郵便局で青色の郵便振替取扱票にて、

●振込先 【口座番号】01330-1-54074

【加入者名】社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会

●通信欄には①研修会名「コーチング研修会」②参加者氏名を、ご依頼人欄には施設の郵便番号・住所・施設名・電話番号を必ずご記入ください。

個人情報の取り扱いについて

「参加申込書」に記載された個人情報は、運営管理の目的にのみ利用させていただきます。

お申込みおよび問い合わせ先

社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会 福祉経営支援部 福祉人材センター（担当：橋）

〒700-0807 岡山市北区南方2丁目13-1 きらめきプラザ1階

Tel (086) 226-3507

平成28年度 コーチング研修会 参加申込書

FAX：086-801-9190（添書不要 橋宛）

平成28年 月 日

法人名 _____

施設名 _____

県社協会員 _____ 加入・未加入

T E L _____

担当者名： _____

該当の種別施設に
○を附して下さい

1. 高齢者福祉施設 2. 生活保護施設 3. 障害者支援施設
4. 障害者福祉サービスを行う事業所 5. 児童福祉施設
6. 市町村社協 7. その他（

	氏名	職名	勤務年数	備考
1			年	
2			年	

※FAX送信後には着信確認の連絡をお願いいたします。

主催：岡山県社会福祉協議会

