



# オンライン申込システム 利用マニュアル

一般社団法人 全国個室ユニット型施設推進協議会

## 目 次

新規登録（初めてお申込の場合） .....	1
ログイン .....	4
受講申込 .....	5
受講辞退 .....	9
受講者変更 .....	11

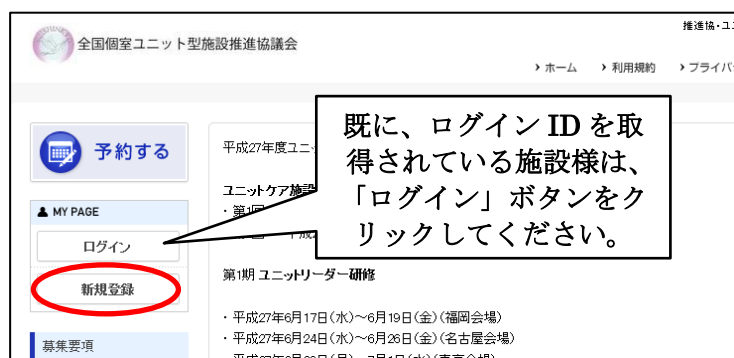
## 新規登録（初めてお申込の場合）

お申しいただく施設様ごとに利用者登録が必要となっております。

以下の手順にて、ログイン ID の取得をお願いいたします。

一度取得していただいたら以降の新規登録は不要です。

1. ブラウザ（Internet Explorer や Google Chrome 等）を起動し、  
本会ホームページ（<http://suishinkyo.net/>）にアクセスしてください。  
本会のユニットケア研修に初めてお申込の施設様は、「新規登録」をクリックし、ログイン ID  
を取得してください。



2. 入力フォームが表示されますので、画面に従って入力してください。  
入力を終えたら画面下の「次へ進む」をクリックします

**\*の付いている項目は入力必須となっております。**

ログイン情報		「*」は入力必須項目です。
* ログインID	<input type="text"/> ※半角英数字 4文字以上で入力してください。	ログイン ID 及びパスワード は任意のものを入力してく ださい。 ※本会が発行するものでは ございません。
* パスワード	<input type="text"/> ※半角英数字 4～20文字で入力してください。	
	<input type="text"/> ※確認のためにもう一度パスワードを入力してください。	

基本情報

＊ メールアドレス	<input type="text"/> <small>施設のメールアドレスを入力してください。お間違いの無いようによくご確認ください</small>
＊ 法人名	<input type="text"/> <small>入力例：社会福祉法人 すいしんきょう</small>
＊ 法人名フリガナ	<input type="text"/> <small>全角カタカナで入力してください。</small>
＊ 施設形態	<input type="text"/>
＊ 施設名	<input type="text"/> <small>入力例：特別養護老人ホーム すいしん</small>
＊ 施設名フリガナ	<input type="text"/> <small>全角カタカナで入力してください。</small>
事業番号	<input type="text"/> <small>※開設前で事業番号が決まっていない場合は入力の必要はございません。</small>
＊ 郵便番号	<input type="text"/> <input type="button" value="住所検索"/> <small>※施設の郵便番号をハイフンなしで入力してください。 入力例：1234567</small>
住所	<div>▼都道府県を選択▼ ＊</div> <div><input type="text"/> ＊</div> <div><small>※市区町村・番地</small></div> <div><input type="text"/></div> <div><small>※建物名など</small></div>
＊ 電話番号	<input type="text"/> <small>施設の電話番号をハイフンなしで入力してください。 入力例：0123456</small>
＊ お名前	<input type="text"/> <small>施設長のお名前を入力してください</small>
＊ フリガナ	<input type="text"/> <small>施設長のお名前のフリガナを入力してください。 ※カタカナ全角文字で入力</small>
連絡担当者	<input type="text"/> <small>事務局から連絡をする際の担当者の方のお名前を入力してください。申し込まれた方本人に直接連絡をして良い場合にはご入力いただく必要はございません。</small>
＊ ユニットケア導入時期	<input type="text"/> <small>例)平成〇年〇月〇日 ※ユニット型施設でない場合には「該当なし」とご入力ください。</small>
人員配置	<input type="text"/> <small>例)「1.8:1」の場合には、「1.8」と入力してください。</small>
＊ ユニット数	<input type="text"/> <small>半角数字で入力してください。 ※ユニット型施設でない場合には「0」とご入力ください。</small>
ユニットケア施設管理研修修了者数	<input type="text"/>
上記以外で、受講中または受講決定者数	<input type="text"/>
上記修了者の内、退席予定者数	<input type="text"/>
ユニットリーダー研修修了者数	<input type="text"/>
上記以外で、受講中または受講決定者数	<input type="text"/>
上記修了者の内、退席予定者数	<input type="text"/>
＊ 利用規約・個人情報取り扱いについて	<input checked="" type="radio"/> 同意する <small>利用規約・個人情報取り扱いについてはご自身をご確認ください</small>
＊ 全国個室ユニット型施設推進協議会からのお知らせメール	<input checked="" type="radio"/> 希望する <input type="radio"/> 希望しない

メールアドレスに誤りが無いよう、よくご確認ください

開設前の場合、仮称でご入力ください。

施設長様のお名前をご入力ください。

床数ではなく、ユニット数をご入力ください

利用規約をご一読の上、「同意する」を選択してください。

利用規約の確認は「こちら」をクリックしてください。

本会からの研修のご案内や、ユニットケア研修に関する情報のお知らせメールを希望される方は「希望する」を選択してください。  
※受講可否についてはいずれを選択してもご連絡いたします。

次へ進む

※入力内容に不備がある場合、「入力内容に不足があります」と表示されます。不備がある項目を修正後、「次へ進む」をクリックしてください。

3. 入力した情報が表示されますので、確認後、画面下の「登録」ボタンをクリックしてください。修正する場合は「前の画面に戻る」をクリックしてください。

4. 登録が完了しますと、ご登録頂いたメールアドレスに「会員登録完了」のメールが届きますのでご確認ください。届いていない場合はメールアドレスが間違っているか、お使いのパソコンのセキュリティ機能により受信して頂けない場合がございます。メールアドレスに不備がない場合は、事務局までご連絡ください。

続けて研修に申し込む場合は画面左の「予約する」をクリックします。

※新規登録のみでは、研修のお申込みは完了していません。

## ログイン

1. ブラウザ（Internet Explorer や Google Chrome 等）を起動し、  
URL（http://unitcare.resv.jp/）を入力します。  
オンライン申込画面が表示されます。「ログイン」をクリックしてください。

全国個室ユニット型施設推進協議会

推進協・ユニットケア研修オンライン申し込み

ホーム 利用規約 プライバシーポリシー お問い合わせ

**予約する**

MY PAGE

**ログイン**

新規登録

コース一覧

平成27年度ユニットケア研修(ユニットリーダー研修・ユニットケア施設管理者研修)のお申込みは4月20日より開始いたします。  
募集要項は3月20日に都道府県等様に発送およびホームページに掲載を予定しております。

**・お申し込みの際は、募集要項を必ずご確認ください。**  
・本サイトをご利用頂く場合、お申込みいただく施設様のログインIDの登録が必要です。  
・本サイトの登録に際し、施設様のメールアドレスが必要になります。

2. 新規登録時に設定した ID・パスワードを入力して、「ログイン」をクリックします。

全国個室ユニット型施設推進協議会

推進協・ユニットケア研修オンライン申し込み

ホーム 利用規約 プライバシーポリシー お問い合わせ

**予約する**

MY PAGE

ログイン

新規登録

コース一覧

募集要項

実地研修施設

事前課題

会場のご案内

**ログイン**

マイページでは新規情報の修正、予約内容の確認が行えます。  
登録されたログインIDとパスワードを入力して [ログイン] ボタンを押してください。

**ログイン情報**

ログインID test

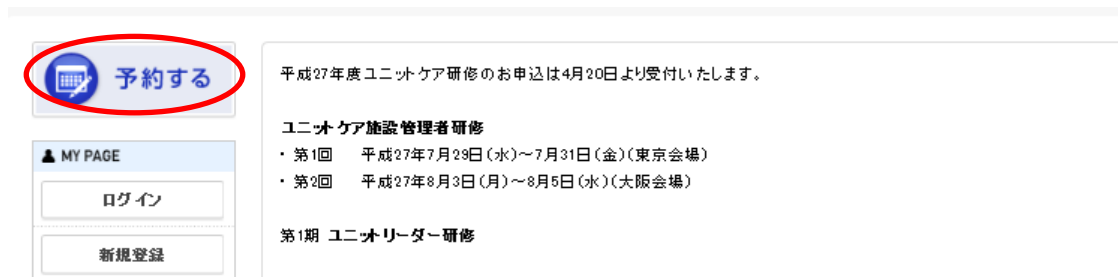
パスワード .....

※パスワードをお忘れの方は[こちら](#)

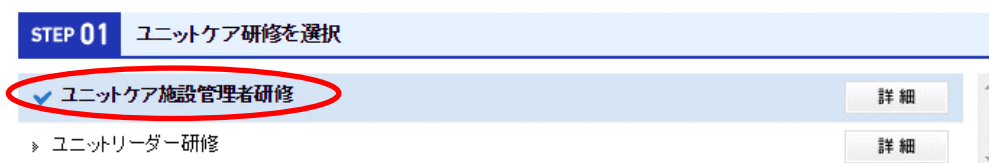
パスワードをお忘れの場合、  
「こちら」をクリックしてパスワードを再発行してください。  
※本会ではパスワードはお調べできません。

## 受講申込

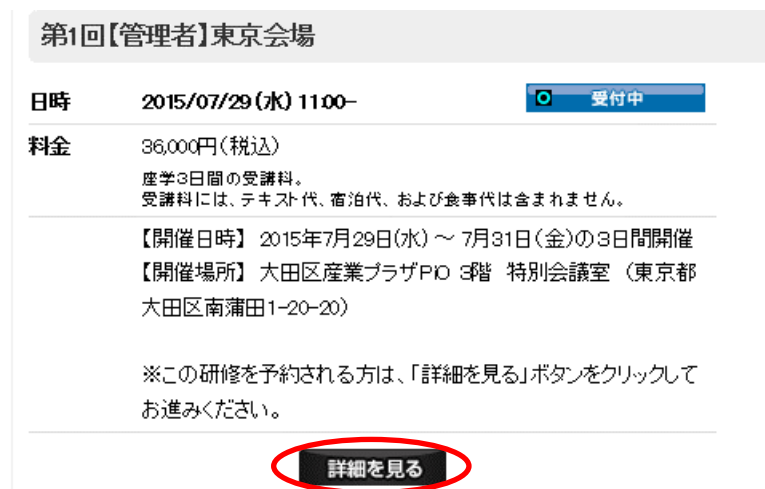
1. ブラウザ（Internet Explorer や Google Chrome 等）を起動し、URL（http://unitcare.resv.jp/）を入力します。オンライン申込画面が表示されますので、「ログイン」を行い、「予約する」ボタンをクリックしてください。



2. 受講したい研修をクリックします。



3. 受講したい会場の説明の下にある「詳細を見る」ボタンをクリックします。



4. 会場の詳細情報が表示されますので、を確認後「予約へ」ボタンをクリックします。選択しなおしたい場合は、「前の画面に戻る」ボタンをクリックしてください。



5. 画面に従って受講者情報を入力してください。入力を終えたら、「次へ進む」ボタンをクリックしてください。

【ユニットリーダー研修の場合】\*の付いている項目は入力必須となっております。

「\*」は入力必須項目です。

*受講者氏名	<input type="text"/>	姓と名の間に全角スペースを入力してください	修了証書に印字しますので、お間違いの無いようご注意ください。
*受講者氏名フリガナ	<input type="text"/>	全角カタカナで入力してください。	
*生年月日	<input type="text"/>	半角で入力してください。 入力例：1975/4/10	修了証書に印字しますので、お間違いの無いようご注意ください。
*申込者役職（リーダー研修）	<input type="text"/>		
【上記で2番を選択された方】	<input type="text"/>	2番を選択された方は、就任予定日を必ずご記入ください。研修受講料が受講料の対象です。（記入例）平成〇年〇月〇日	受講要件の確認をしますので、就任予定の場合は必ずご入力ください。
高齢者介護に関する主な資格	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士主事 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <input type="checkbox"/> 認知症ケア専門士		
高齢者介護に関する主な職歴	<input type="text"/>		
*テキスト【研修ノート 改定版】	<input type="text"/>	※研修で使用するテキストですので、購入・持参問わず必ずご用意をお願いいたします。購入を選択された方には受講料と一緒に請求させていただきます。	
*テキスト【PEAPにもとづく認知症ケアのための施設環境づくり実践マニュアル】	<input type="text"/>	購入を選択された方には定価初日にお渡しします。代金は受講料と一緒に請求します。持参を選択された場合は、当日忘れずに持参ください。こちらのテキストは市販されておりません。（出版社：中央法規出版、価格：¥）	
*第3期【リーダー】東京会場 実習日程 第1希望	<input type="text"/>		ご希望の実習施設・実習日程を第1～3希望まで選択してください。原則として、異なる日程あるいは実習施設でお願いします。第1希望以外の受講が難しい場合は備考欄にその旨入力してください。
*第3期【リーダー】東京会場 実習日程 第2希望	<input type="text"/>		
*第3期【リーダー】東京会場 実習日程 第3希望	<input type="text"/>		
研修でどのような事を学びたいか教えてください。	<input type="text"/>		
備考	<input type="text"/>		
*利用規約・個人情報取扱いについて	<input type="radio"/> 同意する 利用規約・個人情報取扱いについてはこちらをご確認ください		

前の画面に戻る **次へ進む**



6. 入力内容を確認し、画面下の「予約を確定する」ボタンをクリックしてください。  
修正がある場合は「前の画面に戻る」ボタンをクリックし、修正してください。

予約する

MY PAGE

マイページ

ログアウト

コース一覧  
募集要項  
実地研修施設  
事例課題  
会場のご案内  
受講までの流れ  
予約変更について  
予約取り消しについて

最終内容確認

ご予約内容

ユニオケア研修	ユニオケア施設管理者研修
コース	第1回【管理者】東京会場
ご予約日	2015/07/29 (水)
時間	11:00-18:20
合計金額	36,000 円(税込)

受講者情報の登録

受講者氏名	推進 二郎
受講者氏名フリガナ	スイシンジロウ
生年月日	1975/4/10
申込者役職(管理者研修)	1.施設管理者
【上記で2番を選択された方】	
主な資格	社会福祉士 介護福祉士
高齢者介護に関する主な職歴	介護老人保健施設3年、特別養護老人ホーム 5年
テキスト【研修ノート 第2版】	購入
テキスト【PEAPにもとづく認知症ケアのための施設環境づくり実務マニュアル】	持参
研修でどのような事を学びたいか教えてください。	
備考	

ご予約者情報

メールアドレス	suishinkyouno-unitcare@suishinkyon.net
法人名	社会福祉法人 推進協
法人名フリガナ	スイシンキョウ
施設名	特別養護老人ホーム 推進協
施設名フリガナ	スイシンキョウ
郵便番号	2260015
都道府県	神奈川県
市区町村・番地	横浜市区三保町171-1
電話番号	0459210462
お名前	推進 花子
フリガナ	スイシンハナコ
ユニオケア導入時期	平成17年8月15日
人員配置	2.2
ユニオ数	4
ユニオケア施設管理者研修了者数	1
上記以外で、受講中または受講決定者数	0
上記了者の内、退塾予定者数	0
ユニオリーダー研修了者数	2
上記以外で、受講中または受講決定者数	0
上記了者の内、退塾予定者数	0
全国個室ユニット型施設推進協議会からのお知らせメール	希望しない

前の画面に戻る

予約を確定する

7

7. 予約が完了しますと、以下の画面が表示されます。

お問い合わせやキャンセルの際に、予約番号が必要となりますので、お控えください。

予約する

MY PAGE

マイページ

ログアウト

予約完了

ご予約を受付いたしました。

予約番号

10668

8. ご登録いただいたメールアドレスにご予約内容が自動送信されますので、ご確認ください。

[illegible]

## 受講辞退

1. 「ログイン」を行うとマイページの画面が表示されます。「予約の確認」をクリックしてください。



2. 予約状況が表示されます。受講辞退・変更する内容を選んで「キャンセル」ボタンをクリックしてください。

### 予約一覧

並べ順
予約番号 大きい順 ▼

予約番号	予約日時	ユニットケア研修	コース	キャンセル
<a href="#">10669</a>	2015/06/17 (水) 11:00-18:30	ユニットリーダー研修	第1期【リーダー】福岡会場	
<a href="#">10668</a>	2015/07/29 (水) 11:00-18:20	ユニットケア施設管理者研修	第1回【管理者】東京会場	
<a href="#">10665</a>	2015/07/29 (水) 11:00-18:20	ユニットケア施設管理者研修	第1回【管理者】東京会場	

受講辞退の申請日によって、以下のとおりキャンセル料が発生いたします。

受講辞退の申請日	キャンセル料
受講者決定通知のメール送付以前	0円
受講者決定通知のメール送付以降	5,000円

**受講料振込前の辞退：**請求書をメール送付致しますので、キャンセル料の振込をお願い致します。※振込手数料はご負担ください。

**受講料振込後の辞退：**受講料からキャンセル料及び振込手数料を差し引いた金額を返金致します。

マイページトップ

- キャンセルボタンをクリックすると、「予約キャンセル」の画面が表示されます。キャンセル理由を入力してください。

**予約キャンセル**

下記の予約をキャンセルします。内容をご確認ください。

**ご予約内容**

ユニットケア研修	ユニットケア施設管理者研修
コース	第1回【管理者】東京会場
ご予約日	2015/07/29 (水)
時間	11:00-18:20
合計金額	36,000 円(税込)

**キャンセル理由をご記入ください**

退職により辞退

マイページ

キャンセルを確定する

- 「キャンセルを確定する」ボタンをクリックしてください。  
※研修によって、キャンセル料が発生する場合がございます。ご検討の上、お手続きをお願いいたします。

受講料振込前の申請日によって、以下のとおりキャンセル料が発生いたします。

受講料振込前の申請日	キャンセル料
受講料決定通知のメール送付以前	0円
受講料決定通知のメール送付以降	5,000円

**受講料振込前の辞退:** 請求書をメール送付致しますので、キャンセル料の振込をお願い致します。※振込手数料はご負担ください。

**受講料振込後の辞退:** 受講料からキャンセル料及び振込手数料を差し引いた金額を返金致します。

マイページ

キャンセルを確定する

- これで、受講辞退のお手続きは完了しました。キャンセル手続き完了のメールが自動配信されますので、ご確認ください。キャンセル料が発生する場合のみ、後日事務局よりメールにてご連絡いたします。

予約がキャンセルされました。

予約一覧へ

予約する

MY PAGE

## 受講者変更

変更後の受講者が受講対象の要件を満たしていない場合、変更は認められません。

変更の際は各研修の受講対象要件をご確認ください。

1. ブラウザ（Internet Explorer や Google Chrome 等）を起動し、  
URL（<http://unitcare.resv.jp/>）を入力します。オンライン申込画面が表示されます。画面  
左側メニューの「研修受講者変更について」をクリックします。

予約する

マイページ

ログイン

新規登録

操作マニュアル

募集要項

実地研修施設

事前課題

受講までの流れ

**研修受講者変更について**

研修受講辞退について

お問い合わせ

平成28年度ユニットケア施設管理者研修・ユニットリーダー研修  
しました。たくさんのお申込をいただき、誠にありがとうございます。  
平成29年度のユニットケア研修は2017年4月より受付開始いた  
す。

**本会では、受講要件を満たしている方のお申込は原則お断りして**  
◎ユニットケア研修受講希望の方へ  
受講要件等詳細につきましては募集要項にてご確認ください。  
研修は原則、都道府県・政令指定都市との業務委託契約に基づき行っております。  
**下記の一覧に掲載されていない都道府県・政令指定都市の施設様  
修はご受講いただけません**のご注意ください。（ご不明な点は、お問い合わせく  
ださい）  
[※ユニットケア研修契約（ご受講可能）都道府県・政令指定都市一覧はこちら](#)

◎ログインIDの登録について  
27年度以降、本会研修に初めてお申込みいただく際には、施設様  
行ってください。  
**1施設につき、1アカウント**となります。  
ご登録される際は、必ず「利用規約」をご一読頂き、内容に同意の上、ご登録をお願い致します。

2. 各研修のお手続きに必要な申請項目が表示されていますので、確認後「以下の内容について、こちらよりご連絡ください。」の文章の内「こちら」をクリックしてください。

### 研修受講者変更について

以下の内容について、**こちらより**ご連絡ください。  
※利用規約画面が表示されますので、同意していただきますと研修受講者変更申請フォームをご利用いただけます。

-----

**【ユニットケア施設管理者／ユニットリーダー研修受講者変更申請】**

- ・研修名：
- ・施設名：
- ・変更前 受講者氏名：
- ・変更後 受講者氏名（フリガナ）： （ ）
- ・変更後 受講者生年月日： 年 月 日
- ・変更後受講者役職：
- ※就任予定の場合、就任予定日も記載してください
- ・変更後受講者の高齢者介護に関する資格：
- ・変更後受講者の高齢者介護に関する職歴：
- ※記入例：特別養護老人ホーム 3年（施設名は不要です）
- ・変更理由：

**【認知症介護実践研修受講者変更申請】**

- ・研修名：
- ・施設名：
- ・変更前 受講者氏名：
- ・変更後 受講者氏名（フリガナ）： （ ）
- ・変更後 受講者生年月日： 年 月 日

受講者変更をしたい研修の  
申請項目を予めコピーして  
いただくと便利です。

3. 「お問い合わせ・研修受講者変更申請フォーム利用規約」ページが表示されますので、ご一読いただき、ページ下部の「同意します」をクリックします。

**お問い合わせ・研修受講者変更申請フォーム利用規約**

お問い合わせ・研修受講者変更申請フォームをご利用いただくには、次の「お問い合わせ・研修受講者変更申請フォーム」(以下「規約」という。)及び個人情報取り扱いについて同意いただく必要があります。本システムの利用前に十分にお読みください。本システムを利用された方は、規約及び個人情報取り扱いに同意したものとみなされます。規約及び個人情報取り扱いについて同意いただけない場合は、本システムはご利用いただけませんのでご了承ください。

**ページ下部の「同意します」をクリックしていただくとお問い合わせ・研修受講者変更申請フォームをご利用いただけます。**

**お問い合わせ・研修受講者変更申請フォーム利用規約**

一般社団法人全国個室ユニット型施設推進協議会（以下「当会」といいます）が運営するお問い合わせ・研修受講者変更申請フォームのご利用規約を以下に定めます。

**第1条 定義**

本規約で使用される以下の各用語は、次の意味を有するものとします。

「利用者」とは、本規約に同意の上、本サービスを利用する個人をいいます。

「本サービス」とは、とは、当会が本規約に基づいて「本システム」を利用する者に対して、提供するサービスを指し、サービスの内容、種類については、当会の判断により改良や変更が行なわれることがあります。

規約は、本サービスの利用に関し、当会及び利用者に適用するものとします。

**第2条 利用者の責任**

上記の規約及び個人情報取り扱いについて

**同意します。(お問い合わせ・研修受講者変更申請フォームに移動します)**

同意しません。(トップページに戻ります)

4. 「お問い合わせ」が表示されますので、各項目と「お問い合わせ内容」に先ほどの変更申請内容を入力し、「確認画面へ」をクリックします。

**お問い合わせ**

全国個室ユニット型施設推進協議会へのご要望、ご質問などをご記入ください。

「\*」は入力必須項目です。

*お名前	<input type="text"/>
*メールアドレス	<input type="text"/>
*電話番号	<input type="text"/> <small>※例) 0123456789 ハイフンを除いて入力してください。</small>

\* お問い合わせ内容をご記入ください。

申請項目をコピーしていた場合、このフォームに貼り付けて入力してください。

**確認画面へ**

5. 確認画面が表示されますので、誤りが無いかご確認いただき、「送信する」をクリックしてください。

### お問い合わせ内容の確認

以下の内容で間違いがなければ[送信する]ボタンを押してください。

お名前	推進次郎
メールアドレス	suishinkyo-unitcare@suishinkyo.net
電話番号	0459210462

### お問い合わせ内容

以下の通り、研修の受講者変更を申請いたします。

- ・研修名：ユニットリーダー研修
- ・施設名：特別養護老人ホーム 推進の郷
- ・変更前 受講者氏名：推進太郎
- ・変更後 受講者氏名（フリガナ）：推進花子(スイシンハナコ)
- ・変更後 受講者生年月日：1985年1月1日
- ・変更後受講者役職：ユニットリーダー
- ・変更後受講者の高齢者介護に関する資格：介護福祉士
- ・変更後受講者の高齢者介護に関する職歴：特別養護老人ホーム10年
- ・変更理由：推進太郎が体調不良により研修参加が難しいため、推進花子に変更をお願いします。

以上、よろしくお願ひ申し上げます。

**送信する**

6. 以下のような画面が表示されますと完了です。事務局より追ってご連絡いたします。  
※お問い合わせ内容についてメールが自動返信されますが、5分程度経過してもメールが届かない場合はメールアドレスの誤り等が考えられます。事務局までご連絡ください。

### お問い合わせ送信

**お問い合わせを送信しました。**  
ご入力メールアドレスへお問い合わせの受付メールを返信しています。  
5分程度経過しても受付メールが届かない場合は、受付が完了していません。お手数ですが入力メールアドレスをご確認のうえ再度お問い合わせください。

お問い合わせにはなるべく早くご返答出来るように心がけておりますが、内容によってはお時間がかかる場合がございます。何卒ご了承くださいませようお願い申し上げます。

お問い合わせありがとうございました。

**ホームへ**