

2020年

介護職員初任者研修

木曜コース 6月4日 9月3日

土曜コース 11月7日

通信制 万全サポート 生涯学習

開講予定

介護の入口としての介護職員初任者研修という資格保持者は、厚生労働省が介護保険制度に定める介護員養成研修事業修了者として様々な場面で活躍できます。現場で未だ無資格の方、正規職員を目指しましょう。近隣の介護現場は、あなたの未来に期待しています。

・家庭や地域で活かす！

・知識を身に付ける！

・資格取得後働きたい！

・シニア世代も短時間労働！

講座の特徴

受講期間 週1回スクーリングで約4か月間 9:00~16:00
課題提出：6科目

受講料 45,000円 (税込、テキスト代等含む)

※無料駐車場 駐輪場完備

※施設実習は希望者のみ実施

受講会場 茨城県土浦市小松 1-3-33 ハトリビル 6F

定員 40名 (定員を超えた場合は抽選)

詳細は、ホームページや広告等に掲載しています。

- ①祥風会の施設で勤務する現場の職員による経験を交えた講義。
- ②座学・演習のみでなく、希望者は、施設実習を行い現場の介護を肌で感じることができる。
- ③高齢社会において地域の皆様方へ介護の基礎的知識を広げることが社会福祉法人の義務であると考え、他業者よりも格安の受講料にて実施。



社会福祉法人

祥風会



【関連施設】

特別養護老人ホーム 飛羽ノ園
特別養護老人ホーム 憩いの里
デイサービスながみね
ふれあいセンターながみね

URL : <http://showfukai.com/>

〒300-0823 茨城県土浦市小松 1丁目 3番 33号ハトリビル 6F

社会福祉法人祥風会 研修室 担当：河田

TEL : 029-896-3521 (月～金曜日 9:00～16:00)



介護職員初任者研修 受講申込書 (令和2年 月 日開講)

FAX:029-896-3522

年 月 日

フリガナ				写真貼付 縦 4cm 横 3cm 裏面に 氏名記入
氏名	印	性別	男 ・ 女	
生年月日	昭和 ・ 平成	年	月 日 (歳)	
住所	(〒 -) 自宅Tel - - 携帯Tel - -			
勤務先 (学校)	名称： (〒 -) Tel - -		※未成年の方の保護者記入欄 介護初任者研修受講に同意します。 氏名： ⑧ 続柄：	
受講希望 理由	----- ----- -----			
通学方法	・ 自家用車 ・ バイク ・ 自転車 ・ 公共交通機関 ・ 徒歩			
本人確認 書類	① 住民票 ② 住民基本台帳カード ③ 在留カード ④ 健康保険証 ⑤ 運転免許証 ⑥ パスポート ⑦ 国家資格等の免許証又は登録証 ①～⑦のいずれか1つの原本又はコピー			
実務経験	有 (年間) ・ 無 経験場所→施設介護・在宅介護・家族の介護・その他 ()			

今回の講座をどのように知りましたか？
・ ホームページ ・ 募集案内チラシ ・ 新聞折り込み ・ 広報誌 ・ 法人職員 知人 家族からの紹介 () ・ その他 ()
修了後の就業意向について
・ 就業を希望する ・ 就業を希望しない ・ 他施設で就業中

※当法人で開催する介護職員初任者研修に際して提出いただいた個人情報については、厳重に管理し、本研修以外には使用しません。

受講申込方法 ※最低受講人数に満たない場合は開講を見合わせる場合がありますので、予めご了承ください

① 受講申込書に必要事項を記入 ② 受講申込書と返信用封筒 (84 円切手貼付) を本部もしくは当法人関連施設まで本人が持参する ③ 抽選・書類審査後、受講者の決定 ④ 受講可否通知書の送付 ⑤ 受講決定者は指定口座に受講料を振り込む ⑥ 振込確認後、受付完了 (教材が必要な方は本部で受け取る) ※施設実習を希望する方は、演習後に (健康診断・検便・胸部レントゲン) 結果が必要

本部研修室使用欄

受付職員氏名	本人確認	提出書類	説明事項
	<input type="checkbox"/> チェック 添付コピーの番号 ()	<input type="checkbox"/> 申込用紙 <input type="checkbox"/> 84 円切手貼付封筒 (自宅住所記載)	<input type="checkbox"/> 提出書類 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 服装 <input type="checkbox"/> 駐車位置