

豊田市介護サービス機関連絡協議会主催

## 「令和4年度 介護福祉士実務者研修」受講者募集

介護福祉士実務者研修の受講者を下記のとおり募集します。  
ぜひ、ご参加ください。

- 1 日程
- (1) 開講式 令和4年7月6日(水)午後2時～4時  
受講概要と進め方等  
※当日、筆記用具を持参してください。
  - (2) 自宅学習 7月1日(金)～  
WEB学習とテキスト学習の2つの方法があります。申し込み時にどちらかを選択してください。
  - (3) 通学講習 10月6日～11月18日のうち下記の7日間  
※自宅学習開始が受講開始となります。介護福祉士国家試験の受験に  
合わせて、7月1日開始となっております。  
※修了見込書を8月上旬に発行します。  
※修了証発行は、令和4年12月中旬以降となります。  
※修了証の発行は各自の申請となります。通学講習を全て修了後、教材一式  
の中に入っている専用の封筒にて、郵送で申請してください。なおその際  
には、受講証のコピーをお手元に保管してください。

	受講順グループ	日数	時間	日程
介護過程Ⅲ	A	1日目	9:30～18:00	10/6(木)
	B	2日目	9:30～18:00	10/13(木)
	C	3日目	9:30～18:00	10/21(金)
		4日目	9:30～18:00	10/27(木)
	D	5日目	9:30～18:00	11/3(木祝)
医療的ケア	①	6日目	9:30～16:30	11/10(木)
		7日目	9:30～16:30	11/16(水)
	②	6日目	9:30～16:30	11/11(金)
		7日目	9:30～16:30	11/18(金)

※医療的ケアは2クラスに分かれてどちらかの日程での受講となります。

日程については受講決定後に通知いたします。

クラス① 11/10(木)と11/16(水)

クラス② 11/11(金)と11/18(金)

※万が一、欠席をされる場合は下記のルールのもと、三幸福祉カレッジの他  
教室へ振替受講していただけます。

[振替受講制度について]

- ・介護過程はA→B→C→Dの順にご受講ください。
- ・同じグループ内の授業は、受講順序が前後してもかまいません。
- ・グループ内のカリキュラムの受講を全て修了していない場合は、次のグループのカリキュラムに進むことはできません。

- 2 場 所 豊田市福祉センター 2階 介護予防室
- 3 定 員 30名
- 4 受講料 有資格者 予定 88,000円(税込)程度  
無資格者 予定 121,000円(税込)程度  
※1 受講料は、サービス機関連絡協議会の補助額を差し引いた金額です。サービス機関連絡協議会の総会終了後に、受講料が確定しますのでご了承ください。  
※2 各自宅に6月下旬に教材一式と振込用紙が送付されます。(補助額を差し引いた金額です。)教材到着後、10日以内に振り込んで下さい。10日間を過ぎて未納の場合はキャンセル扱いとなりますので速やかに振り込んでください。  
※3 教育訓練給付金等の併用はできません。
- 5 申込条件 ※1 豊田市介護サービス機関連絡協議会の会員の事業所従業者であること  
※2 事業所の管理責任者の許可を得ていること  
※3 全日程の参加が可能なこと  
※4 欠席があった場合、振替受講をして全日程を終了すること
- 6 選考基準 定員を超えた場合の選考基準  
まずは(1)の基準で選考し以降(2)→(3)の基準で選考します。  
(1) 1事業所より複数名の参加がある場合、事業所内の優先順位の高い人から選考します。  
(2) 実務経験の長い人、実務経験が同じ場合は、年齢の高い順で決定します。  
(3) それでも、定員が確定できない場合は役員で協議して決定します。
- 7 受講決定 令和4年6月中頃、受講の可否通知をいたします。
- 8 申し込み 申込書に必要事項をお書きの上、期間内にFAXで申し込みしてください。  
期 間 令和4年4月6日(水)～令和4年6月3日(金)  
期間外は申し込みを受け付けできません。ご注意ください。
- 9 運営委託・修了証発行 三幸福祉カレッジ(株式会社日本教育クリエイト)
- 10 問合せ先 豊田市介護サービス機関連絡協議会 事務局 植田  
電話 0565-34-1131 (日・月・祝日休み)

↑ FAX 0565-32-6011 ↑

# R4年度 豊田市介護サービス機関連絡協議会 主催 介護福祉士実務者研修 申込書

※申し込みには必ず事業所の責任者の許可を得てください。

※申し込みは介護サービス機関連絡協議会の加入事業所名または、  
名札の名前でお願いします。

## ■実務者研修 申込事業所等

事業所名			座席番号	
代表者名	印			
電話番号		FAX番号		
優先順位	優先順位	番目	申し込み者の総数	人

優先順位の欄には、1つの事業所から複数人申し込む場合には必ず記入してください。

## ■申込者氏名・連絡先等

フリガナ			生年月日	西暦(例1977)	年	月	日生
氏名			性別	男・女	年齢	満	才
現在の法人・事業所での勤務開始日	年	月	～	(年	カ月)	自宅学習方法	どちらかを選択し○を付けてください。 WEB学習 ・ テキスト学習
自宅住所	〒  (マンション名 部屋番号等も記載願います)						
電話番号	( )		FAX番号	( )			
携帯番号	( )		メールアドレス				
業務内容			所持資格	○を付けてください なし ヘルパー1級 ヘルパー2級 初任者研修 基礎研修 喀痰吸引( )号			

※資格の記入がないと無資格として扱いますのでご注意ください。

### アンケート

受講目的 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> サービス提供責任者になるため <input type="checkbox"/> 介護福祉士受験のため <input type="checkbox"/> 喀痰吸引実施のため <input type="checkbox"/> その他( )	実務経験	( )年
-----------------	---	------	------

## ■受講の決定

送信日			
受講の可否	可	否	

問合せ 豊田市介護サービス機関連絡協議会 事務局 担当:植田 電話 0565-34-1131