

介護の仕事と一緒に学びませんか？

令和5年度 介護職員初任者研修（通学）

講習のご案内

介護職を目指す皆様の受講を

お待ちしております！！



●問い合わせ先● お気軽にお問い合わせください

社会福祉法人三多摩福祉会 法人事務局

〒190-0022 東京都立川市錦町 1-17-15 地域保健企画ビル 2階

TEL : 042-526-1899 (研修担当 : 川田、蓮沼)

東京都指定

介護職員初任者研修（通学コース）募集要項

期 間 第1回 '23年 7月5日（水）～ '23年 8月30日（水）月・水・金 週3日コース
第2回 '23年 9月8日（金）～ '23年11月24日（金）水・金 週2日コース
第3回 '23年12月1日（金）～ '24年 2月28日（水）水・金 週2日コース

会 場 (講義) 地域保健企画ビル6階研修室 立川市錦町1-17-15
(実技) 健生会ふれあい相互病院内看護実習室 立川市錦町1-16-15

定 員 24名 *介護職を目指す健康な都民、15歳以上の方
*東京都資格取得支援事業ご利用の方

費 用 99,940円税込 (受講料：94,000円 教科書代：5,940円)
*分割払い可(分割は3回迄とし、初回は開講日迄に39,940円以上徴収します)
東京都資格取得支援事業を利用の方は、受講料は無料です

申 込 み 受講申込書にご記入の上、FAXにてお申込みください。

締 め 切 り 開講日1週間前 *原則として先着順ですが、申込者多数の場合は抽選となります。

受 講 決 定 受講の可・不可にかかわらず、全員に通知いたします。

免 除 申 請 実務経験者（過去3年間に半年以上介護業務に従事した者）については
講義・実習の一部免除がありますので、事前に申し出てください。

修 了 証 明 書 全科目履修し修了試験に合格した方には、修了証明書をお渡します。

留 意 事 項 ◆研修は8カ月以内に修了しなければなりません。
◆自己都合で欠席した場合は、他の講習での補講が義務付けられています。
(費用は本人負担)
◆講師の都合で日程や科目の順番が変更になることがあります。

お 申 込 ・ 問 合 せ 先

社会福祉法人 三多摩福祉会 法人事務局 研修担当（川田、蓮沼）

〒190-0022 東京都立川市錦町1-17-15 地域保健企画ビル2階

TEL:042-526-1899 FAX:042-529-3871

受付日	令和 年 月 日
受付No.	

受講申込書

写真添付欄
(3cm×3.5cm)
(写真は提出日までに
貼付して下さい)

申込日	令和 年 月 日								
氏名	<table border="1"> <tr> <td>ふりがな</td> <td>印鑑</td> <td>男・女</td> <td>生年月日 昭和 平成 年齢</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>年 月 日 歳</td> </tr> </table>	ふりがな	印鑑	男・女	生年月日 昭和 平成 年齢				年 月 日 歳
ふりがな	印鑑	男・女	生年月日 昭和 平成 年齢						
			年 月 日 歳						
住所	〒 _____ 自宅() 携帯()								
勤務先・所属団体名	〒 _____ 電話() FAX() 住所								
<p>1 過去3年間に半年以上、介護業務に従事したことがありますか <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない</p> <p>・ある と答えた方 ①期間： _____ 年 _____ ヶ月</p> <p>②場所： 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 有料老人ホーム デイサービス 訪問介護 その他(_____)</p> <p>2 直近のお仕事</p> <p>①業 種 _____</p> <p>②業務内容 _____</p> <p>3 健康状態 <input type="checkbox"/>良 好 <input type="checkbox"/>治療中 (疾患名： _____)</p> <p>*研修時、特に留意する事項がありましたら記入してください。</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>4 受講を希望した理由 (具体的に詳しくお書きください)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>5 何を見て、この講座を知りましたか？(複数チェック可)</p> <p><input type="checkbox"/>広報 <input type="checkbox"/>求人広告 <input type="checkbox"/>ポスターを見た(場所： _____) <input type="checkbox"/>東京都のホームページ</p> <p><input type="checkbox"/>知人・家族からの紹介 <input type="checkbox"/>友の会・健生会のチラシ <input type="checkbox"/>当法人のホームページ</p> <p><input type="checkbox"/>その他(_____)</p>									

【お申込みの方法について】

- 1.必要事項を記入の上、**1週間前までにFAXしてください** *締切厳守
- 2.原本は当日ご提出いただきます。(写真を貼付してください。)