

介護の仕事を一緒に学びませんか？

令和7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 '25年7月22日（火）～'25年8月29日（金）月・火・木・金 週3日コース
第2回 '25年9月10日（水）～'25年11月21日（金）水・金 週2日コース
第3回 '25年12月10日（水）～'26年2月27日（金）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）健生会立川相互錦町クリニック内看護実習室 立川市錦町1-16-15

定

員

12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	ふりがな 印鑑 男・女 生年月日 昭和 平成 年 月 日 年齢 歳
住所	〒 宅() 携 帯()
勤務先・所属団体名 〒 電 話() 住所 FAX()	
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 ☐ ある ☐ ない ・ある と答えた方 ①期間： 年 ヶ月 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()	
2 直近のお仕事 ①業 種 ②業務内容	
3 健康状態 ☐ 良 好 ☐ 治療中 (疾患名：) *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。	
4 受講を希望した理由(具体的に詳しくお書きください)	
5 何を見て、この講座を知りましたか？(複数チェック可) ☐ 広報 ☐ 求人広告 ☐ ポスターを見た(場所：) ☐ 東京都のホームページ ☐ 知人・家族からの紹介 ☐ 友の会・健生会のチラシ ☐ 当法人のホームページ ☐ その他()	

【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。)