

平成30年度
介護職員初任者研修
(旧ホームヘルパー 2級課程)
受講生募集要項

埼玉県指定番号

【西福第3087号 平成30年2月14日指定】

主催 社会福祉法人
新座市社会福祉協議会

後援 学校法人十文字学園
十文字学園女子大学

平成30年度介護職員初任者研修受講生募集要項

1 研修の名称

平成30年度 介護職員初任者研修

2 目的

この講座は、訪問介護員（ホームヘルパー）や福祉施設の介護職員として新たに就労を希望する方に対して、職業倫理、専門知識、介護技術等、介護を行うための基礎知識を身につけるために研修するものです。

3 実施時期

平成30年5月12日（土）～平成30年9月22日（土）

（日程）

開講式	5月12日（土）
講義	5月12日（土）～7月7日（土）のうち17日間
演習	7月14日（土）～8月25日（土）のうち11日間
実習	8月27日（月）～9月14日（金）のうち2日間
修了評価	9月15日（土）
閉講式	9月22日（土）

※ 詳細は、日程表を参照してください。

4 受講対象者

次の条件を満たし、全日程を必ず受講できる方

- (1) 心身ともに健康で、介護業務に従事しても支障のない方
- (2) 新座市内又は通学可能な地域に在住の方
- (3) 高齢者及び障がい者問題並びに社会福祉に関心があり、今後、新たにホームヘルパーや施設職員として働きたいと思っている方

5 主な講習会場

- (1) 講義科目・実技科目

十文字学園女子大学

新座市菅沢2-1-28

- (2) 施設介護実習

特別養護老人ホーム 菜々の郷

新座市馬場1-2-35

- (3) ホームヘルパー同行訪問

新座市社会福祉協議会ホームヘルプサービス

新座市野火止1-9-63

新座市役所第三庁舎内

6 受講料及び支払方法

一般市民 48,000円 (十文字学園女子大学学生13,000円)

内訳 受講料 一般市民 39,000円 大学生 4,000円

テキスト代	6,600円(同額)
施設実習費	1,500円(同額)
保険代	900円(同額)

受講料は、受講申込書の提出時に窓口でお支払いいただきます。

- * 本会が実施する平成30年度介護職員初任者研修修了後6か月以内に社協登録ヘルパーとして登録し、その後2年以上就労した場合（就業時間は、2年間で300時間以上とする。）には、本会から就労支援奨励金として受講料で負担した全額又は一部を交付します。

7 申込み

- (1) 申込期間 平成30年4月2日(月)～4月27日(金)
- (2) 申込の方法 所定の申込用紙に住所、氏名、電話番号、生年月日、応募の理由を記入し、御本人が直接窓口でお申込みください。
- (3) 申込先住所 新座市野火止1-9-63 新座市役所第三庁舎内
新座市社会福祉協議会生活支援課
電話番号 048-480-5705
FAX番号 048-481-3488
- (4) 定員 20名
定員を超える応募があった場合は、新座市社会福祉協議会登録ホームヘルパーとして、6か月以上仕事をする意思のある方を優先し、抽選により選考します。

8 修了証

研修の全日程に参加し、かつ、修了評価に合格した方に対し、介護職員初任者研修修了証明書を交付します。

ただし、効果測定の結果、実習のために必要最低限の介護知識・技術を習得していると認められない方、その他実習を受けさせないことが相当と認められる方については、実習を行わない場合があります。その場合は、全科目の履修ができなかったものとして、修了証明書は交付できません。また、未受講分の受講料は日割り計算にて返金します。
(ただし、自己都合による途中退学の場合を除きます。)

9 受講の可否の決定通知

受講の可否は、5月7日(月)までにお知らせします。

10 その他

この研修は、十文字学園女子大学の協力のもとに実施するもので、本講座を受講する十文字学園女子大学の学生と一緒に学ぶこととなります。

平成30年度 介護職員初任者研修受講申込書

新座市社会福祉協議会会長 様

ふりがな		生年月日	昭和 平成 年 月 日
氏名			
住所	〒(-)		
電話番号	()-	携帯電話	()-
勤務先		職種	
社協登録ヘルパーとして6か月以上就業することが		できる ・ できない ・ わからない	
受講の動機			

この講座の目的を御理解いただけましたか。	はい	いいえ
全日程を受講できますか。	はい	いいえ
受講条件を満たしていますか。	はい	いいえ
募集要項にも掲載していますが、開講式前や講義等受講途中で自己都合による途中退学の場合には、受講料は返金できませんので御了解ください。	はい	いいえ
必要最低限の介護知識や技術が習得できていないと判断された場合、修了証の交付はできませんが、御理解いただけますか。	はい	いいえ

以上、募集要項の記載内容を理解した上、介護職員初任者研修の受講を申し込みます。

平成 年 月 日

確認署名 _____

社協使用欄

確認欄	目的	日程	受講条件	退学の場合	修了証	受付日	受付番号