

# エデュカシオン介護職員初任者研修 通学コース 募集要項

## 1 目的

介護の基本的な知識・技術を身に付け、介護を提供する職員として倫理観を持ち、人間性豊かな人材を育成します。

## 2 受講資格

概ね 16 歳以上で介護・福祉の仕事への就業を希望しているもの

## 3 研修カリキュラム・日程

別表参照

## 4 募集人数

18名

## 6 研修会場

合同会社サニーナース

〒239-0843 横須賀市津久井4-1-3 高橋店舗2階（京急津久井浜駅前）

担当：研修責任者 富澤 恵子

## 7 料金について

受講料 67,000円

(内訳：受講料 54,000円、テキスト・資料代 7,000円、実習費 4,000円、保険料 2,000円)

※振込み費用は受講者負担とさせていただきます

## 8 申込方法

①募集要項をお取り寄せください。（仮予約）

お手元に募集要項がある方は、電話で仮予約の確認をしてください。

②申込み書類に必要事項を記入し下記郵送先まで郵送又は FAX、メールをしてください。

〒239-0833 横須賀市ハイランド3-11-4  
エデュカシオン研修事業部

FAX 046-854-4231

メール [info@humane-nurse.com](mailto:info@humane-nurse.com)

### 郵送の場合

※封筒の表に「初任者研修」と赤字で明記

※受講決定（結果）送付用封筒を同封する。  
(長形3号封筒に84円切手を貼付し、返信先住所を記入する。)  
③振込額 67,000円（税込）を下記口座に振込をお願いします。

【振込先】 横浜銀行 横須賀支店  
普通 6200901  
シヤ) エデュカシオン

※仮予約完了後、受講生名義で振込をしてください。  
※振込いただいた受講料については返金いたしませんのでご承知おきください。  
※振込みの確認をもって申込みが完了します。

④受講決定通知書を受講者の住所に送付します。

## 9 申込期間

2020年5月15日（日）～6月10日（金）必着

※受講枠が定員を超過した場合、選考をさせていただきます。

## 10 修了証明書

カリキュラムを全て出席し、技術演習の評価及び全科目終了時の筆記試験において認定基準を超えている受講者に対して修了証明書を発行します。

※欠席者の取扱いについては、やむを得ない事情があると認められた者については補講を行います。補講は1時間につき3,000円かかります。

※科目免除については、実習先として認められている施設・事業所において過去3年間に1年以上（通算180日以上）の実務経験がある者については実習を免除します。（実習費は不要となります）

## 11 申込・問い合わせ先

〒239-0833

神奈川県横須賀市ハイランド3-11-4

エデュカシオン 研修事業部 担当富澤

TEL/FAX 046-854-4231

### 申込みを行うにあたっての注意事項

- 1) 申込み書類に不備があった場合は、予約完了できないので注意してください。  
申込書類  ①受講申込書兼調査書（様式1）※推薦書を兼ねています  
 ②受講決定（結果）送付用封筒  
(長形3号封筒に84円切手を貼付し、研修受講者の住所を記入)
- 2) 遅刻・早退・欠席は原則認めません。
- 4) 講義の妨害・講師や研修事業部事務局の指示に従わない場合、虚偽の内容で書類を提出した場合は、受講の取り消しをすることがあります。

本研修の受講申込書類等に記載された事項は、個人情報保護の規定に則り適正な管理を行い当教育機関の研修申込以外に使用することはありません。

(様式 1)

## 令和4年度 エデュカシオン介護職員初任者研修通学コース

## 受講申込書兼調査書

|   |  |       |     |        |                       |
|---|--|-------|-----|--------|-----------------------|
| ふりがな  |  |       |     | 性別     | 男 · 女                 |
| 氏名  |  |       |     | (印)    |                       |
| 生年月日  | 昭和   | 年     | 月   | 日 (    | 歳) 健康面で注意することなし・あり( ) |
| 年齢  | 平成   |       |     |        |                       |
| 現住所連絡先  | 住所   | 〒 県 市 |     |        |                       |
|   | 電話   | —     | —   | E-Mail |                       |
|   | 携帯電話   | —     | —   |        |                       |
| 受講理由  |  |       |     |        |                       |
| 現勤務先施設種類                                      | A. 学生 B. 無職 C. 介護保険施設等<br>D. 障害者施設等 E. その他 ( ) |       |     |        |                       |
| 勤務先住所(対象者のみ)                                  | 法人名  |       |     |        |                       |
|   | ふりがな   |       |     |        |                       |
|   | 施設<br>(事業所)                                    |       |     |        |                       |
|   | 所在地  | 県 市   |     |        |                       |
| 電話  |  |       | FAX |        |                       |
| 上記職員を介護職員初任者研修に推薦します。(管理者がご記入ください。推薦書も兼ねています) |  |       |     |        |                       |
| 管理(代表)者                                       | 役職名  |       | 氏名  | (印)    |                       |
| 備考(その他)                                       |  |       |     |        |                       |

エデュカシオン研修事業部