

介護職員初任者研修

【介護職員初任者研修課程 介護サービス科】



10月の講習日				
月	火	水	木	金
	10	11		13
		18		20
		25		27

11月の講習日				
月	火	水	木	金
		1		
		8		10
	14	15		17
		22		24
		29		

12月の講習日				
月	火	水	木	金
				1
		6		8
		13		15
		20		

講習期間	平成29年10月10日（火）～平成29年12月20日（水） 講習日数 22日	
講習場所	気仙高等職業訓練校	住所 大船渡市盛町字みどり町13-4
定員	10名（申込み状況によっては訓練を中止する場合があります）	
講習時間	9：00～16：00（一部17：00までの講習日あり）	
受講料	協会会員 40,000円 会員以外 50,000円（テキスト代含む）	
	※本コースはキャリア形成助成金の対象（福祉施設従業者の雇用保険被保険資格取得者）となります。「ステップアップ研修」「資格取得コース」で3日間以上のコースは都道府県知事より「認定職業訓練」として認定されています。詳しくは気仙職業訓練協会までお問い合わせください。	
使用テキスト	介護職員初任者研修テキスト（財団法人 介護労働安定センター出版）	
受講対象者	福祉施設従業者・企業従業者・介護の仕事を希望されている方（※全日程の受講ができる方）	
募集期間	平成29年9月4日（月）～平成29年10月6日（金）	
お申込み お問合せ	職業訓練法人 気仙職業訓練協会	住所 大船渡市盛町字みどり町13-4 電話 0192-27-2671 FAX 0192-27-2613

普通職業訓練短期課程受講申込書

平成 年 月 日

職業訓練法人 気仙職業訓練協会長 殿

申込者氏名 _____

普通職業訓練短期課程（介護サービス科）を受講したいので受講料を添えて申し込みます。

講習名 介護サービス科

日 程 平成29年10月10日（火）～平成29年12月20日（水）22日間

フリガナ					男 ・ 女
受講者氏名					
生年月日	昭・平 年 月 日生	年齢	満 歳		
現住所	TEL				
本籍地	都 道 府 県 (都道府県名のみ記入)				
勤務先		職 種			
勤務先住所	TEL				
職 名		実務経験年数	年	最終学歴	中卒 大卒 高卒 短大卒
雇用保険加入の有無	有 無				
雇用保険被保険者番号					
雇用保険適用事業所番号					
受講期間中の賃金の有無	有 無	備考			
受講料の負担方法	事業主負担 個人負担				
労災保険特別加入の有無	有 無				

※ 雇用保険加入者の方は必ず雇用保険被保険者資格取得等確認通知書（事業主通知用）の写しをFAX又はご持参下さい。

(FAX 0192-27-2613)

※ これに記載された情報は、訓練目的以外には使用致しません。