

受講生募集

2024 年度

※この研修は大村市の委託事業です。

# 介護福祉士実務者研修(通信課程)

大村市の介護・障害福祉分野で働く方の介護福祉士受験資格の取得を応援します。

## 介護福祉士実務者研修とは・・・

- 介護福祉士国家試験の受験資格要件 (実務経験ルート)  
介護福祉士の資格取得には3年の実務経験に加え、実務者研修の受講が必須となっています。
- 「サービス提供責任者」として働くことが可能  
訪問介護事業所に必ず置かれる「サービス提供責任者」として働ける要件の一つに本研修を修了していることが含まれます。

### 【受講期間】

令和6年7月19日(金)～令和7年1月19日(日)の6か月間(通信課程) 450時間 (無資格者の場合)  
スクーリング(介護過程Ⅲ) 9/25.10/2.10/9.10/16.10/23.10/30.11/6.11/13  
スクーリング(医療的ケア演習) 11/27.12/4.12/11.12/18  
〈演習時間〉 9:00～16:40 〈演習場所〉 大村市総合福祉センター(本町458-2)

### 【受講対象】

大村市内に在住し、または通勤し、講義日程について原則全日程参加できる方で、研修修了後、大村市内の介護・障害福祉サービス事業所に就職し、または継続して勤務する意思がある方。介護職員初任者研修修了以上の有資格者(※)または介護等の実務経験がある方が望ましい。

なお、資格・実務経験等をお持ちでない方につきましては、適切な介護技術を提供するために必要な基本的知識及び技能を身につけることを目的とした介護職員初任者研修から受講していただくことが望ましいと考えております。令和6年度の介護職員初任者研修は、令和6年12月17日(火)に開講予定であり、令和6年10月25日(金)から募集を行う予定としておりますので、受講申込みをご検討ください。

また、本研修修了後、介護福祉士国家試験の受験状況等について事務局から確認を行いますので、ご了承の上、お申し込みいただきますようお願いいたします。

### 【申込方法】

受講申込書に記入し、本人確認の書類と一緒に申込締切日までに社会福祉協議会へご提出ください。(申込期間:5月20日(月)～6月28日(金)まで)

### 【定員】

20名 (申込者多数の場合は締切後、選考により決定し申込者へご連絡します)

### 【受講料】

受講料無料 テキスト代 14,300円(税込)

e-ラーニングでも学べます(スマホでもOK)

インターネット環境と機器があれば学習課題がオンラインでも学習できます(課題提出もオンラインで可能です。)。  
オンラインで学習する場合、アカウント登録料として1,000円(1人)が必要です。

### 【お問合せ・申込先】

〒856-0832 大村市本町458番地2 中心市街地複合ビル  
社会福祉法人 大村市社会福祉協議会  
TEL 0957-53-1351 FAX 0957-54-1365

### (※)有資格者の種類と受講時間

- ・初任者研修(320時間)
- ・ホームヘルパー2級(320時間)
- ・ホームヘルパー1級(95時間)
- ・介護職員基礎研修(50時間)

# 介護福祉士実務者研修 申込書

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| 申込日                              | 2024年 月 日   |
| ふりがな                             |   |
| 氏名                               |   |
| 生年月日                             | 昭和・平成 年 月 日( 歳)   |
| 住所                               | 〒   |
| 電話番号                             | (自宅)<br>(携帯)  |
| メールアドレス                          |   |
| 本人確認                             | ※いずれか一つをコピーし申込書と一緒にご提出ください。<br>運転免許証・健康保険証・年金手帳・在留カード等・マイナンバーカード・<br>パスポート・戸籍謄本又は住民票・国家資格等の免許証、登録証  |
| 職業・勤務先                           |   |
| 介護実務経験                           | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>(施設・在宅サービスにて 年の経験あり)   |
| 保有資格                             | <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級<br><input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 資格なし<br>※資格保有者は証明書のコピーをご提出ください。      |
| 大村市内介護事業<br>所へ就職・勤務継続<br>の意思について | 有・無   |
| 本研修を知った<br>きっかけ                  | <input type="checkbox"/> 広報おおむら <input type="checkbox"/> 社協広報紙かけはし <input type="checkbox"/> マンボウ<br><input type="checkbox"/> 社協ホームページ <input type="checkbox"/> 社協 SNS <input type="checkbox"/> その他( ) |
| 受講志望の動機                          | (具体的に記入)受講するに当たり、希望や要望などもご記入ください。   |

※本講座への申込みに際し、ご提出いただいた個人情報は厳正に管理し、本講座以外に使用しません。

事務局使用欄

| 受付番号 | 受付日       | 備考 | 受付者 |
|------|-----------|----|-----|
|      | 2024年 月 日 |    |     |