

旧ヘルパー
2級研修

うしおだ介護職員初任者研修募集要項(通学)

土・日
コース

【うしおだ介護職員初任者研修(通学) 概要】(研修指定番号；S15901)

- 実施課程 介護職員初任者研修(通学)
- 募集定員 20名(定員に達し次第、締め切ります)
- 研修期間 2025年6月14日(土)～2025年10月26日(日)全23日
- 募集期間 2025年3月1日(土)～2025年6月5日(木)
- 研修日時 毎週土・日曜日 午前9時30分～16時35分
*6/14(土)開校式等のため9時00分～16時35分
*講義内容により終了時間が変わることがあります。
- 対象者 15歳以上で研修会場まで通学ができ、全日程に参加出来る方。
*性別・国籍等問わず
- 研修会場 うしおだ総合ケアセンタービル 横浜市鶴見区矢向1-5-29
汐田総合病院 横浜市鶴見区矢向1-6-20 (ケアセンタービル隣接)
- 受講費用 55,000円(税、テキスト代5,500円込み)

【申し込み～受講開始までの流れ】

- ① 資料請求もしくは受講申し込みをしましょう。…**お気軽に連絡ください!**
- ② 受講・手続き資料が届いたら内容を確認し、資料請求の方は是非申し込みの連絡を。
- ③ 受講受付の連絡が届いたら、指定の口座に受講料の入金。
*受講受付、入金確認等の連絡はメールもしくは郵送で行います。
- ④ 開講日!お会いするのを楽しみにお待ちしております♡

【申し込み・資料請求】

- ① 社会福祉法人うしおだ(うしおだ診療所内)へFAX・電話・直接持参もしくは郵送
- ② ホームページ(<http://www.shafuku-ishioda.or.jp>)の研修受講者募集から
- ③ mail：kaigo-kensyu@ushioda.or.jp
- ④ Google フォーム



社会福祉法人うしおだ 本部初任者研修担当(阿部・倉石)

〒230-0048 横浜市鶴見区本町通1-16-1 (うしおだ診療所内)

☎045-508-6132 FAX045-503-1609 mail：kaigo-kensyu@ushioda.or.jp



【募集要項 詳細】

1.開校の目的

- ① 高齢者・障害者の人権を守り、日常生活の自立を支援する介護職員の育成を行います。
- ② 「安心して住み続けられる街」のネットワークづくりに参加し、医療・福祉の関係諸機関・ボランティアの人たちとの連携をはかります。
- ③ 常に利用者立場に立つ介護職員として、専門的技術、知識の研鑽に努め、社会保障の進歩発展に寄与します。

2.受講対象者(受講資格)及び定員

募集定員は20名です。年齢が15歳以上の全日程参加可能で通学可能な方(性別・学歴・国籍制限なし)

3.受講申し込み手続きについて

① 申し込み

- 申込用紙；必要事項を記入の上、郵送、FAX、mailへの添付、持参
- 電話；(TEL) 045-508-6132 (直通)に「初任者研修希望」と伝えてください
- Google フォーム；必要事項を登録して送信

・受付期間 2025年3月1日(土)～6月5日(木) 17:00まで

・申込書送付先

〒230-0048 横浜市鶴見区本町通1-16-1 うしおだ診療所内

社会福祉法人うしおだ 本部 介護職員初任者研修 担当あて

(TEL) 045-508-6132 (fax) 045-503-1609 (e-mail) kaigo-kensyu@ushioda.or.jp



② 手続き

順次手続き書類をお送り致します。ただし、定員を超えた場合はその旨をご案内させていただきます。

③ 受講料の振り込み

申し込み受付したことを連絡いたします。その後、10日以内に下記口座へお振込みください。

*振り込みの確認をもって申し込み完了と致します。

*定員になり次第締め切ります。ご入金待ちでお断りする場合がございます。ご了承ください。

*分割をご希望の方は、直接ご連絡ください。

<振り込み先>

(口座) 横浜信用金庫 潮田支店 普通 0666678

(名義) 社会福祉法人うしおだ (シャカイフクシホウジン ウシオダ)

④ 教材は研修初日にお渡しいたします。

⑤ 本人確認について

本人確認が必要となります。運転免許証、健康保険証、パスポート、戸籍抄本・謄本・住民票、年金手帳、生活保護受給証明書、住民基本台帳カード等のいずれかのコピーを開校日にご提出いただきます。

4.受講料、テキスト代

総額；55,000円(税込) (内訳)・受講料 49,500円 ・テキスト代 5,500円

5.研修会場（名称）

（講義・演習）うしおだ総合ケアセンタービル会議室または汐田総合病院 会議室

（実習）うしおだ老健やすらぎ、小規模多機能こすもす、ヘルパーステーションうしおだ

6.受講日程

● 期間；2025年6月14日（土）～2025年10月26日（日）全23日（130時間）

● 時間；9：30～16：35 ＊講義内容により変更があります。

*介護職員初任者研修を終了するためには、すべてのカリキュラムを受講し、修了評価で合格する必要があります。

1日目	6/14(土)	6日目	7/6(日)	11日目	8/3(日)	16日目	9/7(日)	21日目	10/12(日)	
2日目	6/15(日)	7日目	7/12(土)	12日目	8/9(土)	17日目	9/13(土)	22日目	10/14(火)~18(土)	
3日目	6/21(土)	8日目	7/20(日)	13日目	8/17(日)	18日目	9/21(日)	*期間内に6時間。半日単位可。		
4日目	6/29(日)	9日目	7/27(日)	14日目	8/24(日)	19日目	10/4(土)	23日目	10/26(日)	
5日目	7/5(土)	10日目	8/2(土)	15日目	8/30(土)	20日目	10/5(日)			

7.欠席者の取り扱い(遅刻・早退の扱い含む)

理由の如何にかかわらず、研修開始から10分以上遅刻した場合、研修終了10分以上前に退席した場合は欠席となります。やむを得ず欠席する場合は速やかに「欠席届」を提出していただきます。なお、欠席が10分に満たない場合は「遅・早退届」を提出していただきます。

8.補講の取り扱い（実施方法及び費用等）

やむ負えず研修を欠席し、欠席届が受理されると補修講義を受けていただくことになります。その場合、追加講義となりますので1科目1項目につき3,000円（税込）の補講料が発生いたします。また補講は講義・演習の総合計科目のうち5科目を上限とします。他の事業者の実施する研修で補講を受講する場合はその事業者の規定に従ってください。

9.受講の取り消し

本研修の受講に対し次の場合は受講を取り消す場合があります。なお、受講取り消しとなった場合、受講費用の返金はいたしません。

- ① 学習意欲が著しく欠け、修了の見込みがないと認められる者。
- ② 研修の秩序を乱し、その他受講生としての本分に反した者。
- ③ その他、当法人が著しい問題があると判断し、除籍処分を決定した者

10.解約条件

いかなる理由においても受講開始後の退校は、返金はいたしません。開校日5日前までは全額、開校日2日前までは、半額返金いたします。但し、土日・祝日は含まず。また、振込手数料は差し引きます。（研修事業者からの解約）

主催者側の都合で開講を中止した場合は、全額返金とする。返金の際の振込手数料は法人負担とする。

11.受講者の個人情報の取り扱い

ご提出いただいた申込書等により取得した個人情報につきましては介護職員初任者研修の運営のみに使用し、ご本人の承諾なしに第三者へ開示・提供をすることはいたしません。ただし、安全管理を十分確認したうえで、監督官庁に開示・提供することがありますので予めご了承ください。

なお、研修修了者は神奈川県管理する修了者名簿に記載いたします。

介護職員初任者研修について(兼申し込み・資料請求書)

- ◆ 改正前の資格名称…ホームヘルパー2級です
- ◆ 介護職員初任者研修は介護事業にたずさわる上で最低限の知識・技術などのプロセスを身に着ける講座です。
- ◆ 資格取得後、一定の条件で更にステップアップができ国家資格も目指せます。
- ◆ 介護職員初任者研修は益々活躍の場が広がります…老人ホーム、グループホーム、デイサービス、訪問ヘルパー、病院(病棟)…等々
- ◆ 介護職は、自身のライフスタイルに合わせて働き方(勤務)が選択できます。
- ◆ 介護保険制度では欠かせない仕事です！！
- ◆ 就業先の紹介も可能です。

・・・・・・・・・・・・・・・・キ リ ト リ セ ン・・・・・・・・・・・・・・・・

私は、別紙応募要項及び個人情報使用目的に同意の上、介護職員初任者研修の

受講申し込み 資料請求 を致します。

ふりがな			性別	
氏 名	(姓)	(名)	男	女
住 所	〒			
TEL・FAX				
携 帯 TEL				
e - m a i l				
生年月日	(西暦) 昭和・平成	年	月	日 (年齢) 歳
職業に○ をつけて ください	1.会社員 2.主婦 3.自営 4.学生(学校名; ; 年) 5.パート 6.フリーター 7.無職 8.介護従事者 9.その他()			
本人確認	<u>いずれかのコピーを開校日にご提出ください。</u> 運転免許証、健康保険証、パスポート、戸籍抄本・謄本・住民票、年金手帳、 生活保護受給証明書、住民基本台帳カード *マイナンバーが書いてある「通知カード」や「個人番号カード」は不可			
保護者*1	*1 18才未満の方は保護者のサインと捺印をお願いします。 (保護者氏名) ㊟			
応募動機(その他ご質問等)				