

受講案内

～介護研修センター ホームヘルパー養成研修（2級課程）～

教育訓練給付制度対象講座

1. 受講資格
 - ・前橋市及び隣接地域などを中心とする群馬県内に居住し、ホームヘルプサービス事業に従事することを希望、または従事している方。
 - ・必ず全課程受講できる方。
2. 研修期間
 - 別途案内参照ください。
 - ・講義・演習：原則 週2回（火曜日・金曜日）
AM9：00開始～概ねPM5：00終了
 - ・実習：講義終了後から期間内で30時間実施（日数的には4～5日間）
3. 研修会場
 - 《講義・演習》
社会福祉法人ほたか会 介護研修センター 前橋教室
 - 《実習》
介護老人保健施設、訪問介護事業所、デイサービスセンター等
（都合により変更となる場合がございます。）
4. 定員 40名（定員になりしだい締め切りとさせていただきます。）
5. 受講料 68,500円（テキスト代・消費税を含みます。）
6. お申込み 申込書に所要事項をご記入の上、ご持参またはご郵送（FAX可）により、本人確認書類（運転免許証、または健康保険証等）の写しを添えて、介護研修センターまで提出して下さい。
7. お支払い 受講料(68,500円)を指定された期日までに下記振込み先にお振込み下さい。

振込み先 **しのめ信用金庫 前橋営業部 普通預金 1071110**
社会福祉法人ほたか会 介護研修センター

振込人のご自分の氏名の前に（**受講対象となる開催期**） **期** と記入して下さい。
例（16期受講の場合）：16キ ヤマダ ハナコ

8. お問い合わせ先

社会福祉法人 ほたか会 介護研修センター

〒371-0852 前橋市総社町総社 1675-7
TEL 027-256-7605
FAX 027-252-8625
E-mail kensyu-c@dan.wind.ne.jp

受 講 申 込 書

(_____) 教室 (_____) 月 開 講

No.

平成 年 月 日 提出

フリガナ 氏 名	男 印 女	生 年 月 日		
		昭和 平成	年	月
現 住 所	〒 _____ 市 _____ 町 _____ 番地 群馬県 _____ 郡 _____ 村 (アパート等)			
電 話	(_____) - _____	携 帯 電 話	_____ - _____	
勤 務 先	名 称			
	住 所	〒 _____		
	電 話	(_____) - _____		
資 格 等	* 該当のところに○印をつけて記入して下さい。			
	1. 寮母等介護従事者	経 験 年 数 (約	年	ヶ 月)
	2. 3級ホームヘルパー有資格者	取 得 年 月 日 (年	月 日)
	3. 保健師、助産師、看護師	取 得 年 月 日 (年	月 日)
	4. その他 (_____)	取 得 年 月 日 (年	月 日)
志 望 動 機				

- *1. お申込みにあたっては、受講申込書と共に本人確認書類(運転免許証、または健康保険証等の写し)を添えて、ご提出ください。
- *2. 当法人は、当該申込書に記載された個人情報(氏名、住所、電話番号、その他)につきましては、連絡のために利用させていただくほか、申込みの手続きに必要なかつ最小限の範囲内で利用させていただきます。
- *3. キャンセル料について
 - ① 受講開始7日前まで・・・20,000円頂戴いたします。
 - ② 受講開始前7日以内、または、受講開始後・・・68,500円頂戴いたします(返金いたしません)。