

# 介護職員初任者研修 受講生募集

(旧ホームヘルパー2級)



これから介護の仕事をする方、施設職員の育成研修として資格取得を応援します！

特定一般教育訓練給付制度の指定講座を学校が定める受講・修了認定基準を満たし、受講及び修了した場合実際に本人が支払った教育訓練経費の一定割合(40%)が支給されます。

◎受講料 分割可能 要相談

**38,100円**

テキスト代・税込み

通学は  
14日間  
のみ！

◎日程

令和4年7月23日(土)～令和4年9月24日(土)

7月23日(土)	7月30日(土)	8月2日(火)	8月4日(木)	8月6日(土)
8月9日(火)	8月13日(土)	8月20日(土)	8月27日(土)	8月30日(火)
9月3日(土)	9月10日(土)	9月17日(土)	9月24日(土)	

自宅学習38時間、通学学習94時間

◎時間 9時～17時

(時間割内容によって変更することがあります)

※欠席の場合、個別補講を行います。(別途費用が掛かることがあります)

※自宅学習でのご不安は専任講師がサポートします。

経験豊富な  
講師陣と  
実績！



◎最寄駅 京阪・OsakaMetro 天満橋 徒歩7分、JR 大阪城北詰 徒歩5分

グループ法人 近畿社会福祉専門学校(介護福祉士養成校)

## 株式会社 シニアメディカルサービス

〒534-0025 大阪市都島区片町1-5-13 大手前センチュリービル1階

TEL 06-6354-7801

自習室  
使用可能！



## シニアメディカルサービス 介護職員初任者研修受講申込書

受付番号	
------	--

□ 私は、介護職員初任者研修の受講申込にあたり、学則の内容を確認の上、規律を遵守することを誓約いたします。(誓約いただける方は、左上の□にチェック印を記入下さい。)

			申込年月日
			R 年 月 日
受講講座	介護職員初任者研修		写真 (4cm×3cm)
フリガナ			
氏名			
生年月日	年 月 日 ( 歳)	性別	
フリガナ			
住所	(〒 )		
電話番号		緊急連絡先	(お名前)
携帯番号			(続柄)
勤務先・学校名	高校( 年生)		(電話番号)
保護者氏名 (受講生が未成年の方)			
介護経験	有( 年 月) ・ 無		
本人確認書類	運転免許書・健康保険証・パスポート・年金手帳・その他( )		
資格取得後の予定			
本講座受講の理由	福祉の仕事に就きたい・資格取得・家族の介護に役立てたい その他( )		

※今回、提供いただきました個人情報については、本講座受講以外には使用いたしません。

株式会社シニアメディカルサービス  
 大阪市都島区片町1-5-13 大手前センチュリービル1階  
 TEL06-6354-7801 FAX06-6354-7804