

令和3年度介護職員初任者研修受講者募集要項

1 講座の開催目的

あま市内の不足する介護人材確保のため、社会福祉協議会がその実施主体となる受講機会を設けることで、未経験介護職希望者の養成による人材の発掘及び就労者の増加を目的として介護職員初任者研修業務を実施します。

2 主催者

社会福祉法人 あま市社会福祉協議会

3 応募資格

あま市内に在住在勤で、原則全日程出席可能な18歳以上（高校生を除く。）の方とします。ただし、この研修修了後にあま市内に所在する福祉・介護事業所に勤務する意思のある方で、現に福祉・介護事業所に勤務していない方を優先します。（介護事業所等に勤務している方は申込みをお断りすることがあります。）

4 会場

あま市甚目寺総合福祉会館
（〒490-1104 あま市西今宿馬洗46番地）

5 講座の日程等

令和3年11月13日（土）から令和4年3月12日（土）までの間の土曜日
※予備日を含む
時間：午前9時00分から午後5時00分の間
※講義時間や行程の詳細については選定業者によって異なります。

6 募集人数

定員20名（先着順としますが、介護事業所等に勤務している方は申込みをお断りすることがあります。）

7 受講料

20,000円（予算範囲内で社協負担とする）

受講料のお支払いについては、募集締め切り後に「受講のご案内」にてお知らせいたします。

なお、原則講座の中止以外はいかなる理由があっても、支払われた受講料は返金しません。また、この講座には、ハローワークの「教育訓練給付制度」は利用できません。

8 自己負担となるもの（受講料以外に要する費用）

- (1) 学科レポートの郵送料
- (2) 受講会場までの交通費
- (3) 受講において、各自で用意していただく物品などの費用
- (4) 受講期間中の昼食代（弁当の持参可）
- (5) 振込手数料

9 受講内容・注意事項等

(1) 中途での受講中止

原則として認めません。

(2) 講座の修了証について

講座の修了条件を満たした方には、修了証を発行します。なお、修了証の発行者は、あま市社会福祉協議会が委託した介護員養成研修事業者に指定された事業者となります。

講座の修了条件

- ① 講座の全日程を受講していること。
- ② 修了試験に合格すること。

(3) 補講について

全受講時間のうち、補講等で受講可能な時間は1割と決められていますので、原則、講座の実施日に受講してください（受講が不可能な場合は修了証を発行することができません）。

また、補講場所については委託した介護員養成研修事業者の既存の開講している教室が対象となります。

なお、教室は名古屋駅周辺、または尾張地区を予定しています。

10 新型コロナウイルス感染予防対策等

(1) 受講会場での対策について

受講期間中の新型コロナウイルス感染予防対策については「令和3年介護職員初任者研修における新型コロナウイルス感染症の対応について」を参照してください。

(2) 受講会場の振替等について

原則あま市甚目寺総合福祉会館にて受講いただきますが、新型コロナウイルス感染症等によりあま市甚目寺総合福祉会館で開講できない場合は、委託した介護員養成研修事業者の別会場にて受講会場の振替えを受講者の方へご案内いたします。

なお、別会場は名古屋駅周辺、または尾張地区を予定しています。

11 受講申込

別紙「受講申込書」に必要事項をもれなくご記入のうえ、下記「(2) 申込先」まで直接持参してください。

(1) 募集期間

令和3年10月1日（金）から令和3年10月29日（金）まで
ただし、申込みが受講定員に達した時点で募集を終了します。

(2) 申込先

あま市社会福祉協議会本所
あま市西今宿馬洗46番地（あま市甚目寺総合福祉会館内）
電話 052-443-4291 FAX 052-443-5461

12 受講者の決定

受講者となった方へは、改めて受講のご案内をお送りします。その際に、受講料のお支払いについてもご案内します。

13 個人情報の取り扱い

申込みをした方の個人情報（氏名、性別、生年月日、年齢、住所、電話番号、職など）は、この講座の開催に関する目的以外には使用しません。

受講者として決定された方の情報は、あま市社会福祉協議会が委託した介護員養成研修事業者に指定された事業者提供します。また、この講座は愛知県指定講座として開催するため、愛知県にも情報を提供します。

14 その他

台風の接近や気象状況等により講座を予備日へ変更する場合は、前日の17時までに本会ホームページに対応を掲載しますので、予め確認してください。

令和3年度 あま市社会福祉協議会介護職員初任者研修

受講申込書

あま市社会福祉協議会長 様

ふりがな 申込者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成（西暦 年） 年 月 日（ 歳）
		現在の職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他
住 所	〒	連絡先 電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他 () - ※日中、連絡が取れる番号を記入してください。
保護者同意欄	 ※申込者が20歳未満であるため、申込者の受講申込みに同意します（署名捺印をお願いします）。		
介護サービス 等の従事者	介護・福祉事業に <input type="checkbox"/> 従事していない <input type="checkbox"/> 従事している		
申込理由	※受講希望の理由・資格取得の目的を具体的に記入してください。		
講座修了後の 活動予定	<input type="checkbox"/> 介護の仕事に従事予定 →就職を希望する事業をおうかがいします（複数選択可） <input type="checkbox"/> ホームヘルプ事業 <input type="checkbox"/> デイサービス事業 <input type="checkbox"/> その他介護保険事業 <input type="checkbox"/> 障がい福祉サービス事業 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> まだ決めていない <input type="checkbox"/> 現在の仕事のレベルアップのため <input type="checkbox"/> 家族の介護に活用 <input type="checkbox"/> 当面の予定はないが、いずれ資格を活用 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

【記入上の注意】

- ① もれなく記入してください。
- ② □にはレ点でマークしてください。

※記入しないでください。

令和3年 月 日受付