

平成27年度 制度改正対応

行動援護従業者養成研修開講のご案内

麻生介護サービス株式会社では、以下のとおり行動援護従業者養成研修の開催を予定し、受講者を募集しますのでお知らせします。

記

- 【基礎研修分野】** 平成 28 年 1 月 10 日(日)、1 月 17 日(日) <全 12 時間>
【実践研修分野】 平成 28 年 2 月 7 日(日)、2 月 21 日(日)<全 12 時間>
- 【研 修 時 間】** 9:00～17:00(休憩 60 分)
- 【会 場】** 福岡会場 麻生医療福祉専門学校 福岡校
福岡市博多区博多駅南 2-12-29(4 号館)
- 【定 員】** 40 名(定員になり次第締め切ります)
- 【受 講 料】** 27,120 円(税込)
[内訳]受講料 24,000 円(税別) 別途実習費・テキスト代 1,200 円(税込)
- 【支 払 方 法】** 下記口座に銀行振り込み
- | |
|--|
| 福岡銀行 本店営業部 (普通)5728654 麻生介護サービス株式会社 |
|--|
- 【申 込 期 限】** 平成 27 年 12 月 23 日(水)
- 【振 込 期 限】** 平成 27 年 12 月 24 日(木)
- 【受 講 要 件】** すべての研修日程に参加可能の方に限ります。
・障がい者支援の事業所等で働いていて、専門的な知識や技能を高めスキルアップしたい方
・障がい者支援の仕事に興味のある方や就職を考えている方
・障がいを持つ家族の介護のために専門的な知識や技能を習得したい方
- 【開 講 目 的】** 知的障害又は精神障害により行動上著しい困難を有する障害者等であって常時介護を要するものにつき、当該障害者等が行動する際に生じ得る危険を回避するために必要な援護、外出時における移動中の介護等に関する知識及び技術を習得する事を目的とする。

会場案内

麻生医療福祉専門学校 福岡校
福岡市博多区博多駅南 2-12-29(4号館)



※専用駐車場はございませんので近隣の有料駐車場をご利用ください。

【お問い合わせ】

麻生介護サービス株式会社 養成事業（担当：宮本）

TEL 092-452-7770 FAX 092-452-7714

行動援護従業者養成研修 受講の手引き

1. 受講申込書の書き方

- (1) 筆記用具は黒ボールペンを使い、楷書でご記入してください。
消えるボールペン(フリクションペン)の使用は不可です。
- (2) お名前の漢字は略字ではなく、正式なものでご記入下さい。
- (3) 必ず押印をお願いします。
- (4) 「生年月日」は和暦で記入、年齢は記入時現在でお書き下さい。
- (5) 「ご住所」は現在お住まいの住所をご記入下さい。(マンション等にお住まいの方は、マンション名等までご記入ください)。
- (6) 「メールアドレス」: パソコンやスマートフォン等をお使いの方は、メールアドレスをご記入下さい。(受講生を対象に一斉にメールで伝達を行う場合がありますので、お持ちの方はご記入をお願いします)。
- (7) 介護に関わる資格の有無: 該当する資格にチェックを入れてください。

2. 申込み、受講料振り込みについて

- (1) FAX にてお申込み下さい。
- (2) 受付後、事務局より受講のお知らせをいたします。
- (3) 受講料は、(2)のお知らせ後に下記口座へ「**受講生のお名前**」でお振込み下さい。
※手数料については、受講者様にてご負担頂きます。

| |
|--|
| 福岡銀行 本店営業部 (普通)5728654 麻生介護サービス株式会社 |
|--|

- (4) お振込みの際の「ご利用控え」は、受講者様にて保管して下さい。
- (5) 受講料(受講料+テキスト代+消費税)は、下記の通りです。
27,120 円(税込) [内訳: 受講料 24,000 円(税別) 別途実習費・テキスト代 1,200 円(税込)]

3. その他

- (1) 受講料振込の確認ができ次第、「受講決定通知書」「日程表」等を送付します。
- (2) 受講証に記載されている日時・場所にご来場下さい。
- (3) 初回受講時にご本人確認を行いますので、下記のいずれか1点のコピーをお持ち下さい。
(本人確認書類: 運転免許証、健康保険証、パスポートなど)
- (4) 講座には、筆記用具、ご印鑑、テキスト(受講初日に配布します)を持参して下さい。
- (5) 一旦納付された受講料は受講をキャンセルされても、返還は致しかねますのでご注意ください。
- (6) ご不明な点などありましたら、お気軽にご連絡下さい。

4. お申し込み、お問合せ先

福岡市博多区博多駅前3丁目 25-24 八百治ビル 3F
[TEL]092-452-7770 [FAX]092-452-7714
麻生介護サービス株式会社 事業開発本部 養成事業 (担当: 宮本)

お申し込みの際
下記に必要事項をご記入のうえ
下記番号までファックス送信願います

092-452-7714


麻生介護サービス(株) 養成事業

行動援護従業者養成研修

〈福岡会場〉

申込書

申込日：平成 27 年 12 月 9 日

| | | | |
|------|---|---------|--|
| ふりがな | あそ | りんご |  |
| お名前 | (姓) 麻生 | (名) リンゴ | |
| 生年月日 | 昭和・平成 54 年 1 月 1 日 (35 歳) | 性別 | 男・ <input checked="" type="radio"/> 女 |
| 住所 | 〒812-0011 福岡市博多区博多駅前3丁目25-24 八百治ビル3F | | |
| 電話番号 | 092 - 452 - 7770 | | |
| アドレス | a b c 123 @ aso-group.com | | |

*お預かりした個人情報、講座運営の為にのみ使用させていただきます。

| | |
|-----------------------|---|
| 資格の有無 (該当する口にチェック) | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <input checked="" type="checkbox"/> ガイドヘルパー (<input checked="" type="checkbox"/> 全身性 <input type="checkbox"/> 視覚) <input checked="" type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修 (<input checked="" type="checkbox"/> 一般課程 <input checked="" type="checkbox"/> 応用課程) <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 |
| 受講料納付日 (予定日) | 平成 27 年 12 月 10 日 |

※黒ボールペンを使い、楷書で記入してください。

※消えるボールペン (フリクションペン) の使用は不可。

お申し込みの際
下記に必要事項をご記入のうえ
下記番号までファックス送信願います

092-452-7714

麻生介護サービス㈱ 養成事業

行動援護従業者養成研修

<福岡会場>

申込書

申込日： 年 月 日

| | | | | | | |
|------|-------|-----|---|--------|----|-----|
| ふりがな | | | | 印 | | |
| お名前 | (姓) | (名) | | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 (歳) | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒 — | | | | | |
| 電話番号 | — — | | | | | |
| アドレス | | | | | | |

*お預かりした個人情報、講座運営の為にのみ使用させていただきます。

| | |
|-----------------------|---|
| 資格の有無 (該当する□にチェック) | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <input type="checkbox"/> ガイドヘルパー (<input type="checkbox"/> 全身性 <input type="checkbox"/> 視覚) <input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 |
| 受講料納付日 (予定日) | 平成 年 月 日 |

※ 黒ボールペンを使い、楷書で記入してください。

※ 消えるボールペン (フリクションペン) の使用は不可。