

## 同行援護従業者養成研修募集要項

麻生介護サービス株式会社では、同行援護従業者養成研修(一般課程、応用課程)を、福岡県の認可を受け下記の予定にて開催致しますので、お知らせ致します。

記

### 【講座日程】

課程	会場	講義日
一般課程(全20時間)	福岡	平成28年1月24日(日)、1月31日(日)、2月14日(日)
応用課程(全12時間)		平成28年2月28日(日)、3月6日(日)
一般課程(全20時間)	北九州	平成28年2月6日(土)、2月13日(土)、2月20日(土)
応用課程(全12時間)		平成28年2月27日(土)、3月5日(土)

【会場】 北九州会場・・・学校法人麻生塾 麻生医療福祉&観光カレッジ  
北九州市戸畑区小芝3丁目1番1号

福岡会場・・・学校法人麻生塾 麻生医療福祉専門学校福岡校  
福岡市博多区博多駅南2丁目12番29号

【開講目的】 障害をお持ちの方が安心して在宅で生活を営むため、特に視覚障害者の方の外出支援に役立つ知識及び技術を習得する事を目的とする。また今後ますます必要とされるより質の良い介護人材の養成を目指します。

【受講要件】 すべての研修日程に参加可能の方に限ります。

【定員】 各課程15名

【受講料】 38,232円(税込)  
[内訳]受講料32,000円(税別)、テキスト2,400円(税別)  
食事介助研修での食事代500円(税別)

【支払方法】 指定銀行口座への振込(振込手数料は自己負担)

【申込期限】 平成28年1月15日(金)

【振込期限】 平成28年1月18日(月)

## 会場案内

[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 2-12-24(4号館)

■公共交通機関・・・JR九州 博多駅、福岡市営地下鉄 博多駅より 徒歩 8分

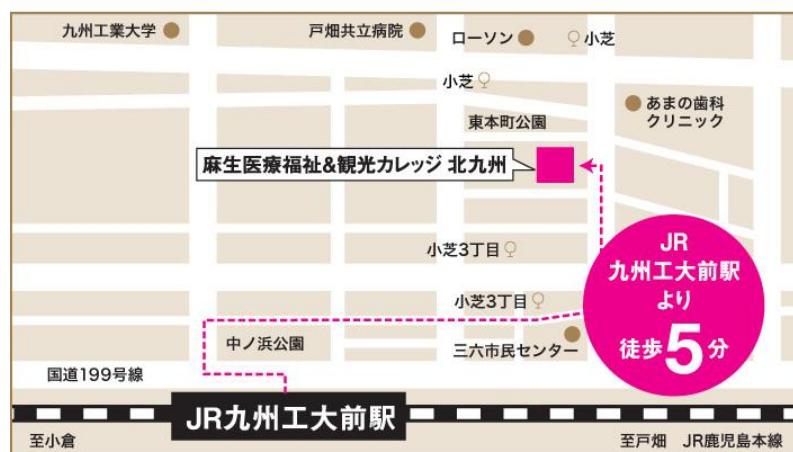
西鉄バス 博多駅前 バス停より 徒歩 10分



[北九州会場] 麻生医療福祉&観光カレッジ北九州

北九州市戸畑区小芝 3丁目 3-1

■公共交通機関・・・JR九州 九州工大前駅 徒歩 5分



※どちらの会場も駐車場はございません。

※公共交通機関をご利用になるか、最寄りの有料駐車場をご利用ください。

## ■受講の手引き

### I 受講までの流れ

- 1 募集要項等をご覧頂き、同封の申込用紙にてお申し込み下さい。
- 2 「受講申込用紙」に必要事項を記入し、FAXにてお送りください。 ※申込期限 1月15日(金)
- 3 受講料等を下記の指定銀行口座にお振込み下さい。 ※振込期限1月18日(月)
- 4 当社より「受講決定通知書」をお送りいたします。

### II 受講料及び振込口座

[受講料] 一般課程・応用課程・・・38,232円(税込)  
一般課程のみ受講・・・26,892円(税込)  
応用課程のみ受講・・・19,332円(税込)

[振込口座]

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

※振込についてのご注意事項

- ①振込人は受講者名にてお願いします。
- ②ご利用控は受講者様にて保管をお願い致します。
- ③一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。

### III 申込用紙の書き方

- (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)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。

### IV 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

## 同行援護従業者養成研修

### 申込用紙

申込日： 27年 12月 28日

ふりがな	あそう	はなこ		性別
お名前	(姓) <b>麻生</b>	(名) <b>花子</b>		男・ <input checked="" type="radio"/> 女
生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和・平成 50年 1月 1日	年齢	40歳	
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			

ご希望のコース・会場に○印をご記入ください。

会場選択		課程選択	
<input type="radio"/>	福岡会場	<input type="radio"/>	一般課程
<input type="radio"/>	北九州会場	<input type="radio"/>	応用課程

\*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 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 type="checkbox"/> 全身性 <input type="checkbox"/> 視覚 ) <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 28年 1月 8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(株) 養成事業

## 同行援護従業者養成研修

### 申込用紙

申込日：平成 年 月 日

ふりがな				性別
お名前	(姓)	(名)	印	男・女
生年月日	昭和・平成	年	月	日
			年齢	歳
住 所	〒			
電話番号	— —			

ご希望のコース・会場に○印をご記入ください。

会場選択	
<input type="checkbox"/>	福岡会場
<input type="checkbox"/>	北九州会場

課程選択	
<input type="checkbox"/>	一般課程
<input type="checkbox"/>	応用課程

\*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"/> 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。