

# 社会福祉法人日南福社会 あかねの郷介護福祉士実務者研修 募集要項（2024年度）

## 1. 目的

本研修は、「社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）」に定められた養成施設として、『実務者研修』を実施し、介護福祉士として必要な知識及び技能を習得し、介護専門職として地域福祉の担い手となり貢献し得る人材を育成することを目的とする。

## 2. 研修名称

あかねの郷介護福祉士実務者研修（通信課程）

## 3. 受講対象者

- ・介護福祉士の資格取得に向けて意欲のある方
- ・スクーリングで通学可能な地域の方

## 4. 受講定員

10名

## 5. 研修期間

2024年6月7日（金）～ 2024年11月27日（水）

総時間数 450時間 ※保有資格により免除される科目もあります。

スクーリング（介護過程Ⅲ：8日間、医療的ケア（演習）2日間）

|               |  |
|---------------|--|
| 入校式・オリエンテーション | 6月7日（金）  |
| 介護過程Ⅲ         | 7月11日（木） 7月12日（金） 8月8日（木） 8月9日（金）<br>9月12日（木） 9月13日（金） 10月10日（木） 10月11日（金） |
| 医療的ケア（演習）     | 11月19日（火） 11月20日（水）  |

## 6. スクーリング場所

特別養護老人ホームあかねの郷

（鳥取県日野郡日南町下石見 2315 介護福祉センターあかねの郷内）

## 7. 研修内容

テキストをもとに定められたスケジュールに沿って、自宅学習を行い、科目ごとに定期的に通信学習の課題を提出します。提出された課題は、指導講師が添削指導・評価します。

## 8. 受講料

本研修の受講料は、受講者の保有資格別に次のとおりとなります。

| No | 保有資格             | 受講時間数  | 受講料      |
|----|------------------|--------|----------|
| ①  | 介護職員初任者研修修了者     | 320 時間 | 50,000 円 |
| ②  | 訪問介護員養成研修 3 級修了者 | 420 時間 | 70,000 円 |
| ③  | 訪問介護員養成研修 2 級修了者 | 320 時間 | 50,000 円 |
| ④  | 訪問介護員養成研修 1 級修了者 | 95 時間  | 40,000 円 |
| ⑤  | 介護職員基礎研修修了者      | 50 時間  | 30,000 円 |
| ⑥  | 無資格者             | 450 時間 | 70,000 円 |

- ※ 1) 受講料には、消費税及びテキスト代を含みます。
- ※ 2) その他の研修修了証明書の提示をお願いします。
- ※ 3) テキストは、オリエンテーション時に配布します。
- ※ 4) 上記受講時間数以外に、スクーリング（介護過程Ⅲ：45 時間，医療的ケア（演習）15 時間）が行われます。
- ※ 5) スクーリングに係る交通費、食費は自己負担となります。

## 9. 受講申込方法・申込期限

- ① 受講申込書（別紙 1）に必要事項をご記入の上、必要書類を添付の上 FAX でお送りください。
- ② 申込期限は、2024 年 5 月 20 日（月）16 時厳守とします。

## 10. その他

- ・受講できない場合は、受講申込書に記載されている勤務先に 5 月 27 日（月）までに FAX にてお知らせします。
- ・受講に関するご不明な点がございましたら、下記までお問合せ下さい。

社会福祉法人日南福祉会 総務課（担当：山形）  
住所 日野郡日南町下石見 2315 電話（0859）83-0842

(別紙1)

【申込先】 社会福祉法人日南福祉会（総務課 山形宛）  
〒689-5665 日野郡日南町下石見 2315

**FAX 0859-83-0846**

2024年度 あかねの郷介護福祉士実務者研修受講申込書

|        |   |    |
|--------|---|----|
| ふりがな   |   |    |
| 氏名     | 姓)  | 名) |
| 生年月日   |   | 性別 |
| 現住所    | 〒 ー<br>(ふりがな)<br>住所<br><br>電話番号：<br>携帯番号：<br>※確実に連絡の取れる電話番号を記載してください。 |    |
| 実務経験年数 |   |    |
| 保有資格   | ※修了証の写しを添付してください。   |    |
| 勤務先    |   |    |
| 所在地    | 〒 ー<br>(ふりがな)<br>住所<br><br>電話番号： FAX 番号：                              |    |
| 受講動機   |   |    |