

KINKI SOCIAL WELFARE COLLEGE PRESENTS

介護福祉士実務者研修

新春キャンペーン

お申し込み期間 1.6～3.31

Merry Christmas 2019 ・ Happy New Year 2020

※2020年は1月、2月、10月、11月は開校致しません。奈良会場は6月、8月のみの開校となります。

受講金額

¥ ~~90,000~~ → ¥ 85,000

初任者研修・ヘルパー2級をお持ちの方
(テキスト代、税込) 期間は4か月

¥ ~~110,000~~ → ¥ 105,000

無資格の方 (テキスト代、税込)
期間は6か月

学習方法

○7日間の通学以外は通信で自宅勉強! ◆スマートホン ◆パソコン ◆タブレット

支援内容

- 専門実践教育訓練給付金の支給対象となる厚生労働大臣指定講座
「専門実践教育訓練給付制度の指定講座を学校が定める講座・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が支給(給付)されます(上限あり)」
- 分割払いでのお支払いが可能です
研修が終了するまでに全納頂くことが基本です。全納頂けない場合は修了証明書が発行できませんのでご注意ください。
- 国家試験直前対策講座1日無料キャンペーン
このチラシを持参頂いた受講生の方は、1日無料で苦手な科目を受講できます。
先着◆60名様 お早めに!

申し込み方法

○チラシに添付している申し込み用紙にご記入頂き、FAXまたは郵送して下さい。

問い合わせ先

学校法人田島学園 奈良東病院グループ

近畿社会福祉専門学校

厚生労働大臣指定(介護福祉士養成校)

〒534-0025 大阪市都島区片町1-5-13 大手前センチュリービル3階

TEL 06(6136)1117

FAX 06(6136)1115

URL <http://kinki-swc.ac.jp>

e-mail: jitsumu@kinki-swc.ac.jp



介護福祉士 実務者研修(通信課程) 受講申込書

学校法人田島学園 近畿社会福祉専門学校
 学校長 榎 豪 司 様

| | |
|------|-------|
| 受講番号 | 学校記入欄 |
|------|-------|

| | |
|---|--|
| 希望受講コース: <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 月開講 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> コース (医療的ケア日程:本校 ①・②、奈良会場 ①・②) | ※令和3年の国家試験を受験する (受験 する・しない) ・実践教育訓練給付金 (申請を する・しない) |
|---|--|

※開講月・受講コースを記入し、医療的ケア日程のご希望・受講支援申請関係のいずれかに○を付けてください。

| | | | | | |
|------------------------------|----------------------------------|-------|----|-----------------------------|---|
| 書類送付先いずれかに○を付けてください。(自宅・勤務先) | | 作成年月日 | 年 | 月 | 日 |
| フリガナ | | | | 性別 | 写真 |
| 氏 名 | | | | | タテ4cm×ヨコ3cm (上半身脱帽) 写真の裏面に 氏名を記入し、 全面にのり付け してください。 |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日生 | (満 歳) | |
| 現住所 | 〒 | | | 自宅 <input type="checkbox"/> | — — |
| | | | | 携帯 <input type="checkbox"/> | — — |
| | | | | 緊急 <input type="checkbox"/> | — — |
| e-mail address | | | | | |
| 勤務先 | 〒 | | | | |
| | 所在地(住所) | | | | |
| | ----- | | | | |
| | 名 称 | | | | |
| | ----- | | | | |
| | 職 名 | | | | |
| | 勤務先 <input type="checkbox"/> — — | | | | |
| 最終学歴 | 年 | 月 | | | |
| 職 歴 (介護・福祉の職歴) | 年 | 月 | | | |
| | 年 | 月 | | | |
| | 年 | 月 | | | |
| | 年 | 月 | | | |
| | 年 | 月 | | | |
| 介護実務経験年数 | 年 | 月 | | | |
| 資格取得 (福祉関係) | ※喀痰吸引等研修第一号研修・第二号研修修了証の有、無 (有 無) | | | | |
| | 年 | 月 | | | |
| | 年 | 月 | | | |
| | 年 | 月 | | | |

| | | | | |
|--------------------|---|-----------------|--|-----------|
| 施設名 | | | | 受付印(学校記入) |
| 施設住所 | 〒 | | | |
| ご紹介者氏名 | | 役職 | | |
| 申し込み内容 ※学校担当者記入 | | 受講料 ※学校担当者記入 | | |

学校法人田島学園 近畿社会福祉専門学校(奈良東病院グループ)実務者研修事務局
 TEL:06-6136-1117 FAX:06-6136-1115 e-mail:jitsumu@kinki-swc.ac.jp