

佐賀県労福協 第31回介護職員初任者研修 受講申込書

■全ての項目にご記入ください。□のいずれかに✓をご記入ください。

お名前	フリガナ _____	□男 □女
生年月日	西暦 年 月 日 (満 才)	
ご住所	〒 _____	
日中の連絡先	□携帯 □ご自宅 □勤務先 電話番号 _____	
ご職業	□福祉関連職員 □公務員・会社員 □自営業 □無職 □その他 ()	
雇用形態	□正社員 □契約社員 □パート・アルバイト □その他 ()	
勤務先	勤務先名 _____	
	電話番号 _____	
講座の認知ルート	□募集チラシ □労福協ホームページ □各市町の広報誌・ホームページ □ご紹介 () □その他 ()	
受講動機	援助や配慮のご要望 (障がいに関わる内容)	

* 申込書に記載の個人情報は、本事業の運営・管理にのみ使用することとし、これ以外の目的では使用いたしません。

申込方法 「申込書」または「申込みフォーム」にて受付けております。

- 「申込書」は、下記宛てに郵送、FAX または Eメールに添付のうえお送り下さい。
- 「申込みフォーム」をご利用の場合は、右のコードを読み取ってください。

問合せ・申込先

一般社団法人 佐賀県労働者福祉協議会
 住所：〒840-0804 佐賀市神野東四丁目7-3
 TEL：0952-32-1243 FAX：0952-32-1224
 Eメール rofuku.kaigo-saga@sagarofuku.net

申込フォームはこちら



《締切日》 7月17日(金) 必着

裏面「本人質問シート」のご記入をお願いいたします

介護職員初任者研修 本人質問シート

当法人では、受講者の皆さまが安心して研修に臨める環境づくりを目的として、受講者様の状況を把握するとともに、必要な配慮・支援について確認させていただくため、本シートへのご協力をお願い申し上げます。

氏名 _____

質問の回答については、□のいずれかに☑を記入し、() 内には必要事項をご記入ください。

1. 日常生活において支援を受けていますか。
 受けていない → **質問5**へお進みください。
 受けている → 引き続き質問2にお答えください。
2. どのような支援を受けていますか。
(_____)
3. 医師の受講許可は出ていますか。
(ご病気やお体の状態により、事前に医師へご相談いただき、受講しても差し支えがないかご確認ください)
 許可されている 許可されていない
4. 講師および当法人スタッフによる個別の支援・サポートは原則として行っておりません。
 確認した 同意できない
5. 本研修は130時間の講義・技術演習で構成されており、15回のスクーリングおよび課題プリントによる自宅学習があります。やむを得ず受講できなかった場合は、補講を受講していただきます。(別途有料)
 確認した 同意できない
6. 原則として、決められた時間に休憩をとっていただきますが支障はありませんか。
 支障はない 支障がある
7. 技術演習では、グループ(5人程度)による集団での研修があります。(35時間程度)
 確認した 同意できない
8. 受講が困難になり、やむを得ずご辞退される場合には、受講料の返金はありません。
 確認した 同意できない
9. 全研修を修了後、修了評価の筆記試験を実施いたします。
合格基準は、100点満点中70点以上です。(合格者には修了証明書を発行いたします)
なお、不合格の場合は、後日再試験を受けることができます。(原則1回・別途有料)
 確認した 同意できない
10. 体調を崩しやすい状況や不安を感じやすい場面があれば、具体的にご記入ください。
(_____)
11. 研修中に特別な配慮が必要だと考えていることがあれば、ご記入ください。
(_____)