

【介護職員初任者研修養成講座】

受講者募集のご案内

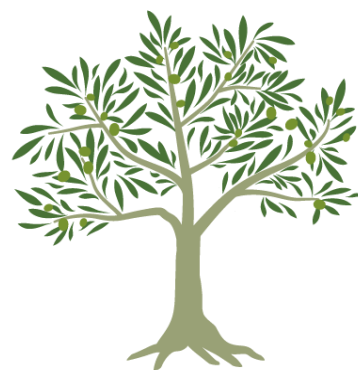
介護のお仕事に従事されたことが無い方でも、
どなたでも受講頂ける研修制度です。
経験豊富な講師陣がわかりやすく指導いたしますので
安心してご参加ください！！

～ 週1回(木曜日) 日中コースの内容～ ※金曜日の講義が1回ございます。

- 講座形式:通信制 通学日数(スクーリング) 15日間
- 開講日程:平成30年8月16日(木)～平成30年11月29日(木)
- 会場:株式会社ハートフルケア本社
東京都品川区東五反田5-25-19 東京デザインセンター7F
- 受講時間:9時～18時
- 定員数:14名
- 受講料:¥75,900(税込・テキスト代込)
※ツイグループ助成制度の利用が可能です。(テキスト代6,900円のみ本人負担)
詳しくは管理者まで。

【スクーリング日程一覧】

- | | |
|---------------|---------------|
| 1: 8月16日(木) | 11: 11月2日(金) |
| 2: 8月23日(木) | 12: 11月8日(木) |
| 3: 8月30日(木) | 13: 11月15日(木) |
| 4: 9月6日(木) | 14: 11月22日(木) |
| 5: 9月20日(木) | 15: 11月29日(木) |
| 6: 9月27日(木) | |
| 7: 10月4日(木) | |
| 8: 10月11日(木) | |
| 9: 10月18日(木) | |
| 10: 10月25日(木) | |



～申込後の流れ～

- ① 管理者等にご相談いただき、受講の承認を得てください(シフト調整等もあるため)
- ② 裏面の申込書に漏れなくご記入いただき、FAXにてお送りください。
- ③ 申込確認後、入金のご案内を致します。
- ④ 一週間以内に所定の口座にお振込みをお願い致します。
- ⑤ テキスト一式をお送り致します。

受講申込書



申込日	20 年 月 日			
事業所名		生年月日（西暦）	年齢	性別
フリガナ 氏名		年 月 日		男 ・ 女
住所	〒 -			
連絡先	自宅電話番号（ ） - 携帯電話番号 - -			
保護者	〒 - 住所 氏名 (印) ※受講申し込み者が18歳未満の場合は、必ず署名押印をお願いします。			
本人確認	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード（在日外国人の方） ※該当するものにチェックを入れて下さい。			
実務経験の有無について		（有・無） _____ 年間		
志望動機				

施設長・事務長・管理者（自署） _____ (印)

※グループ助成制度（テキスト代のみ本人負担）を利用する場合は
必ず施設長・事務長・管理者等の署名が必要です。

【お問い合わせ】

株式会社ハートフルケア 本社（受付時間：平日9：00～18：00）

TEL: 03-5475-7558 FAX: 03-5475-5077

e-mail: sasaki-naomi@t-group.net