

平成 28 年 5 月 4 日

関係者各位

社会福祉法人 白寿会  
介護老人福祉施設白寿園  
施設長 古本達也

平成 28 年度 社会福祉法人白寿会 介護職員初任者研修課程(通学)開催のお知らせ

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、社会福祉法人白寿会では、磐田市及びその周辺地域の介護職員の人材の育成、地域社会に対する福祉の啓発などを目的に標記研修の開催を計画いたしました。

当法人では、平成 19 年度に白寿園研修センターを立ち上げ、訪問介護員 2 級課程研修、介護支援専門員・生活相談員研修等を実施してきました。そして、今年度から介護職員初任者研修課程(通学)を下記のとおり開催する運びとなりました。

今年度の講習会は定員を 12 名とさせていただきます。そのため、受講希望者には別紙 01 の「介護職員初任者研修課程(通学)受講申込書」をご記入いただき、5 月 23 日(月)必着で白寿園研修センターまでご提出をお願いいたします。ご希望の方が複数名いらっしゃる場合は、資料の複写をお願いいたします。なお、当法人の周辺地図を別紙 02 として添付いたしますのでよろしくお願いいたします。

敬具

記 平成 28 年度 第 1 回 社会福祉法人白寿会 介護職員初任者研修課程(通学)開催

1	研修の名称	平成 28 年度 第 1 回 社会福祉法人白寿会 介護職員初任者研修課程(通学)
2	研修の日程	平成 28 年 6 月 2 日(木)～平成 28 年 10 月 1 日(土) ※ 月曜日と木曜日の 18:20～21:30 及び土曜日の合計 35 回 ※ 詳細は白寿園研修センターホームページをご参照ください。
3	研修の会場	白寿園地域交流室
4	研修の費用	80,000 円 テキスト代別(5,400 円)

お問い合わせ・講座申込先

白寿園研修センター

住所 〒438-0234 磐田市掛塚 3172

電話 0538-66-5231

ファックス 0538-66-5517

別紙01 平成28年度 社会福祉法人白寿会 介護職員初任者研修課程(通学) 受講申請書

私は社会福祉法人白寿会の白寿園研修センターが主催する「介護職員初任者研修課程(通学)」の受講について申請します。

平成 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

1	氏名	(性別: 男・女)	
2	生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳) (西暦 年)	
3	住所	〒	
4	連絡先 (自宅は必須)	<input type="checkbox"/> 自宅電話	連絡を希望する 手段の□にレ点を入 れて下さい。
		<input type="checkbox"/> 携帯電話	
		<input type="checkbox"/> メールアドレス	
5	職業	有→ 職場の名前・業種 ( )	介護施設等で1年 以上の勤務経験 ⇒ 有・無
		無	
6	介護の経験	<input type="checkbox"/> 経験有り(内容 )	<input type="checkbox"/> 経験なし
7	ボランティア	<input type="checkbox"/> 経験有り(内容 )	<input type="checkbox"/> 経験なし
8	受講の理由		
9	受講後の抱負 (資格の活用)		
10	研修で特に配 慮してほしい事 柄		
11	取得している資格		
12	福祉関係の就職	<input type="checkbox"/> 白寿会に就職したい	<input type="checkbox"/> 他施設等に就職したい
		<input type="checkbox"/> 介護関係の就職は考えていない	<input type="checkbox"/> すでに福祉関係に従事

■ 記載上の注意

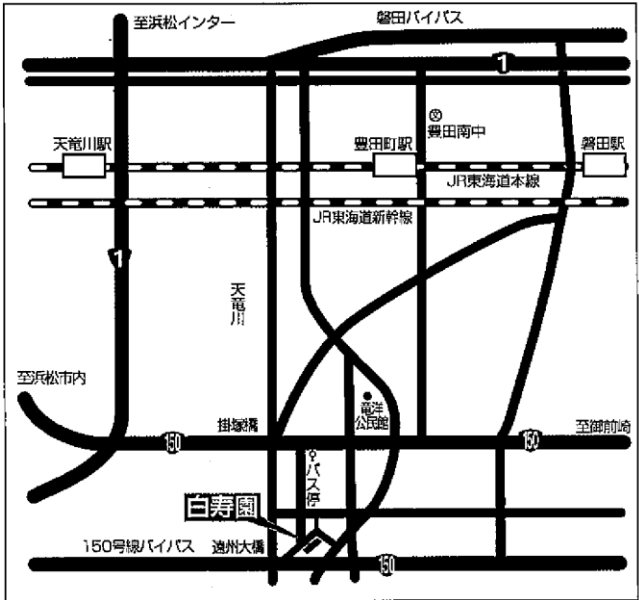
- 1 この書類は、社会福祉法人白寿会 介護職員初任者研修課程(通学)の受講者の書類選考を行うための資料です。
- 2 該当する□の部分にレ点を入れ、その他は必要事項をご記入ください。
  - ① 氏名については、ふりがなを記入してください。
  - ② 介護の経験には、在宅介護、介護施設等での介護などを含み、経験のある場合は、それらを具体的に記入してください。
  - ③ 受講の理由についてはできるだけ詳しく記載してください。
  - ④ 受講後の抱負については、介護職員初任者研修課程(通学)の資格を今後、どのように活用していくかについて具体的にご記入ください。
- 3 書類は、来所、郵送またはファックスにて平成28年5月23日(月)必着にて白寿園にお届けください。

[送付先・問い合わせ先]

名前	社会福祉法人白寿会 白寿園研修センター
住所	磐田市掛塚3172
電話	0538-66-5231
Fax	0538-66-5517

- 4 お書きいただきました個人情報は、社会福祉法人白寿会の定める「個人情報保護に対する基本方針」及び「社会福祉法人白寿会個人情報管理規定」に基づき適切に取り扱うとともに、介護職員初任者研修課程(通学)の受講者選考においてのみ使用いたします。なお、当申請書は返却いたしません。
- 5 受講決定者には、5月24日～5月27日までの間に電話にて連絡をさせていただきます。また、落選者については、郵送にてその旨をお伝えいたします。
- 6 受講料を一括でお支払いいただく場合は、開講日に全額(8万円)をお持ちください。受講料を分割でお支払いいただく場合は、開講日(1回目)に3万円、翌月(2回目)に3万円、翌々月(3回目)に2万円をそれぞれお持ちください。
- 7 受講申込手続完了後の返金は、研修開始1週間前までに解約の申し出があった場合に、受講料を全額返還します。それ以降については、返金は致しませんのでご了承ください。

**ご案内図**



- バス……JR浜松駅北口8番ホール発の遠州鉄道バスにご乗車ください。  
竜洋西小学校バス停留所にて下車、南方向に徒歩約15分。
- タクシー……JR浜松駅南口、JR豊田町駅、JR磐田駅よりご利用ください。



国道 150 号線バイパスの竜洋  
ゴルフガーデン北側

※無料駐車場あり

介護老人福祉施設 白寿園

住所 磐田市掛塚 3172

電話 0538-66-5231