

## 全身性障害者移動介護従業者養成研修

※スケジュール内容は変更になることがあります

10月開講コース	時間	内容	科目
10月29日(火)	9:00 ~ 10:00	講義	重度肢体不自由者(児)における障害の理解
	10:10 ~ 11:10	講義	居宅介護従業者の職業倫理
	11:10 ~ 12:10	演習	生活行為の介助
	13:00 ~ 14:00	演習	抱きかかえ方及び移乗の方法
	14:10 ~ 16:10	演習	車いすの移動介助

※申込人数によって開講出来ない場合もありますので、あらかじめご了承ください

受講料 どちらも 教材費消費税込	<b>13,200円</b> (内消費税 1,200円(10%))	介護福祉士・(准)看護師・保健師・実務者研修・介護職員基礎研修・居宅介護職員初任者研修・ホームヘルパー1・2・3級課程・障害者居宅介護従業者基礎研修修了(予定)の方
	<b>14,300円</b> (内消費税 1,300円(10%))	上記以外の方 (資格をお持ちでない方、介護職員初任者研修修了の方)
	※別途実習費 300円程度・・・野外での実習費にかかる交通費等です。当日ご負担ください。	
<b>株式会社サンシャイン 登録番号 T2430001020051</b>		
科目免除	介護福祉士・(准)看護師・保健師・実務者研修・介護職員基礎研修・ホームヘルパー1・2・3級課程・障害者居宅介護従業者基礎研修・居宅介護職員初任者研修修了(予定)の方は、通信課題の一部が免除になります。 <b>※上記の各資格証明書のコピーを受講申込書とともに必ずご提出ください。</b>	
講師	落合 裕昭 (健康体操支援事業所「アシスト」代表) ・ 宮下 信二 (合同会社あかり 管理者) 予定	
定員	<b>20名</b>	主催 <b>サンシャイン総合学園</b> 〒060-0005 札幌市中央区北5条西6丁目1 第2北海道通信ビル9F TEL:011-232-2301 FAX:011-232-5380

キリトリ

## 全身性障害者移動介護従業者養成研修 受講申込書

提出日 2024年 月 日

申込コース	2024年10月29日 開講コース申込	氏名	ふりがな.....	男・女	生年月日	西暦	年(昭和・平成)	月	日生(歳)
住所	〒.....			TEL	.....				
				FAX	.....				
				携帯	.....				
免除	科目免除の有無に✓をつけてください 科目免除 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	資格	科目免除対象の保有資格に✓をつけてください(2ヶ月以内に修了予定のものも含む) <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> (准)看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー3級 <input type="checkbox"/> 障害者居宅介護従業者基礎研修 <input type="checkbox"/> 居宅介護職員初任者研修(「介護職員初任者研修」は対象外) <b>※上記の各資格証明書のコピーを受講申込書とともに必ずご提出ください。</b>						
お勤め先	会社名 (施設名) TEL.....	お支払方法	必ず記入し、○をつけてください 2024年 月 日頃 (現金・カード・銀行振込) 名義(ご本人・会社名)			当学園の過去取得資格			
				資格名	.....年 月頃				
ご連絡先	自宅・携帯・勤務先(担当者様お名前)								
備考									

※お名前は省略せず、正確にご記入下さい。

※受講料はお申込みから1週間以内に納入ください。(開講の1週間前には納入してください。)

事務局記入欄：受付 / : 確認連絡 / : OMR HP

