

福島広域雇用促進支援協議会委託事業「福島労働局 福島雇用促進支援事業」

この事業は、避難解除区域を含む福島県全域で人材不足となっている介護の職種について、より質の高いサービスを提供できる職業人の意識向上を図り、かつ事業所の安定した介護職員の雇用確保を図るため対象事業所の従業員に対し実務者研修を実施するものです。

企業申込型

令和4年8月開講!!

無料!

介護福祉士実務者研修

受講期間：8月1日（月）～11月30日（水）別紙参照

『介護福祉士実務者研修』とは

- 介護福祉士国家試験を受験するには“実務経験3年以上+**介護福祉士実務者研修修了**”が必須条件です。
- 訪問介護事業所において**介護福祉士実務者研修修了**がサービス提供責任者の資格要件の1つです。
- 従業員のスキルアップになります。

研修内容：介護過程Ⅲの学習と医療的ケア（喀痰吸引・経管栄養・胃ろう等）の学習を行います

【対象事業所】 次の①～④のいずれかに該当する事業所を対象とします。

- ① 被災12市町村（※）の事業所
- ② 将来的に被災12市町村へ進出を予定している事業所
- ③ 被災12市町村に就業先がある事業所（例：ヘルパー等が12市町村でサービスを行っている等）
- ④ 将来的に被災12市町村で操業を予定している事業所

※被災12市町村

（田村市、南相馬市、川俣町、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、飯館村）

【受講要件】

- ① 全日程欠席することなく受講可能な方
- ② “介護職員初任者研修修了者”または“ホームヘルパー2級修了者”

【定員】 15名（1事業所2名まで）

※締切後、選考により受講を決定いたします。なお、選考に関するお問い合わせには、他の選考者との公平を期するために一切お答えできません。（応募多数の場合、受講者数を制限させていただく場合があります。）

※締切 令和4年7月6日（水）必着

申し込み方法：FAX 0246-21-7931

株式会社ニチイ学館 いわき支店

〒970-8026 福島県いわき市平字田町120番地 ラトブ8階

TEL：0246-21-7898（平日9時～17時15分）担当：白土

※ニチイ学館では、マスク着用・手洗い・消毒・換気・フェイスシールド・パーテーション
検温・健康チェック等の感染対策をして研修を実施しています。

受講申込書

※添付①雇用保険被保険者資格取得届(事業主通知用)(写)・②保有資格者証(写)

事業所名:		
雇用保険適用事業所番号(11桁) <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
所在地:〒		
申込担当者・役職		氏名
TEL:		FAX:
上記以外で被災12市町村に事業所がある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (市町村名)
* 対象確認 あてはまる項目に☑を入れてください		
<input type="checkbox"/> 被災12市町村の事業所		
<input type="checkbox"/> 将来的に被災12市町村へ進出を予定している事業所 (20 年 月頃)		
<input type="checkbox"/> 被災12市町村に就業先がある事業所		
<input type="checkbox"/> 将来的に被災12市町村で操業を予定している事業所 (20 年 月頃)		
※被災12市町村⇒ <input type="checkbox"/> 田村市 <input type="checkbox"/> 南相馬市 <input type="checkbox"/> 川俣町 <input type="checkbox"/> 広野町 <input type="checkbox"/> 檜葉町 <input type="checkbox"/> 富岡町		
<input type="checkbox"/> 川内村 <input type="checkbox"/> 大熊町 <input type="checkbox"/> 双葉町 <input type="checkbox"/> 浪江町 <input type="checkbox"/> 葛尾村 <input type="checkbox"/> 飯館村		
上記のいずれかに該当し、かつ下記2つに該当する事業所がお申込みいただけます		
<input type="checkbox"/> 受講希望者は貴社の被雇用者である		
<input type="checkbox"/> 受講希望者は講習の全課程を全て受講できる		
あてはまる項目に☑を入れてください	<input type="checkbox"/> 現在ハローワークに求人を出している	<input type="checkbox"/> 今後ハローワークに求人を出す予定がある (20 年 月頃)

受講希望者記入欄

※本申込みでいただいた個人情報は、福島雇用促進支援事業の開催運営を目的としてのみ使用させていただきます。

①氏名(フリガナ):		
生年月日:西暦 年 月 日(歳) 性別: 男 ・ 女		
住所:〒		
連絡先:TEL		
保有資格:ヘルパー2級/初任者研修	介護福祉士国家試験受験予定:20 年1月	
②氏名(フリガナ):		
生年月日:西暦 年 月 日(歳) 性別: 男 ・ 女		
住所:〒		
連絡先:TEL		
保有資格:ヘルパー2級/初任者研修	介護福祉士国家試験受験予定:20 年1月	