

# 介護福祉士受験準備講習会

～介護福祉士を目指すあなたへ～

平成27年度介護福祉士国家試験(28年1月実施)からは、「実務経験3年以上」に加え、「実務者研修」修了が義務付けられました！！



介護労働安定センター  
シンボルキャラクター  
ウエルカメ君

- 日時** 8月1日(木)、2日(金)27日(火)  
28日(水) 全4日間 9:00 ~ 16:00
- 会場** 山口県総合保健会館 第3研修室  
(山口県健康づくりセンター)  
山口市吉敷下東三丁目1番1号
- 受講対象者** 福祉施設、介護老人保健施設、病院あるいは地域で介護業務に3年以上従事され、介護福祉士の国家試験受験資格のある方。
- 募集定員** 30名
- 受講料** 14,000円
- テキスト代** 3,800円 (賛助会員価格 3,500円)  
『キャリアアップ介護福祉士試験対策  
2014年度試験用』  
(公益財団法人 介護労働安定センター発行予定)
- 募集期間** 平成25年7月18日(木)まで
- 申込方法** 受講申込書に必要事項を記入のうえ、郵送又はFAXにてお申込下さい。※詳しくは裏面をご覧ください。

【お申込み・お問い合わせ先】

(公財) 介護労働安定センター山口支部 ( 担当 伊藤・市原 )  
〒753-0824

山口市穂積町1-2 リバーサイドマンション山陽Ⅱ 2階

TEL 083-920-0926

FAX 083-920-0930

URL [www.kaigo-center.or.jp](http://www.kaigo-center.or.jp)

～講習受講を希望される皆さまへ～ ※お申込前に下記の内容をご確認下さい

- チラシ・ホームページより『受講申込書』をコピー又はダウンロードして必要事項をご記入いただき、当センター宛にFAX又はご郵送下さい。
- 講習実施支部（所）のホームページより、直接お申込いただいた場合は『仮の受講申込』となりますので『受講申込書』の記入が必要です。当センターよりご連絡を差し上げますのでお手数ですが、必要事項ご記入のうえFAX等により「本申込」を行っていただきますのでご了承下さい。

**【手順1】受講申込書をFAXする。** 受講申込書に必要事項をご記入の上、FAXしてください。

FAX：083-920-0930

**【手順2】電話をする。** 受講申込書をFAX後に、介護労働安定センター山口支部にご連絡下さい。

☎ 083-920-0926（平日 8:30～17:00）

ご連絡を頂いた際に、受講可能であれば、**受付番号**をお知らせします。

**【手順3】受講料を振込む。** 下記の口座へ、**1週間以内**お振込みください。

（一般の方） お振込み額 17,800 円（消費税込）

（賛助会員の方） お振込み額 17,500 円（消費税込）

※上記金額内訳は、受講料14,000円、テキスト代。（消費税込）

※使用テキストは、『キャリアアップ介護福祉士受験対策2014年度試験用』3,800円

（賛助会員の方は、3,500円）

- ◆取引銀行 みずほ 銀行 山口 支店
- ◆口座番号 普通預金 1498691
- ◆口座名義 公益財団法人 介護労働安定センター 山口支部

\*お振込み人名には**受付番号**、**受講者名**のご記入をお願いします。

◆◆ **留意事項** ◆◆

- ①振込手数料はお振込人様の負担とさせていただきます。
- ②振込の控え（銀行の振込票等）をもって領収書に代えさせていただきます。
- ③『受講申込書』による申込があっても、1週間以内に受講料のお振込みがない場合は、キャンセル扱いとなります。講習をキャンセルする場合は、必ず事前にご連絡ください。
- ④お振込みいただいた受講料は、開講決定（講習開講日から起算して、14日前（※当該日が土・日・祝日の場合はその前日）以降は、原則として返金いたしませんので予めご了承下さい。

**【手順4】受付完了です。**

- ①お振込みいただいた時点で、「受講申込」が完了となります。
- ②お振込確認後、一週間程度のうちに原則としてFAXにて当センターから『入金確認書』をお送りします。
- ③講習開始日の14日前頃に受講決定通知書をお送りいたします。
- ④本講習が定員（30人）に満たない場合等、当センターの都合で講習を中止する場合は、電話等でご本人にご連絡の上、お振込金額を返還いたします。

（この場合の振込手数料は当センターが負担します）

※当センターのプライバシーポリシーに基づき申込書等の内容は厳重に管理し、ご本人の了解なしに第三者へ提供されることはありません

(様式3-③)

平成 年 月 日

# 受講申込書

## 介護福祉士受験準備講習会

(公財) 介護労働安定センター 山口支部長 殿  
標記講習を受講申込みします。

※受付番号 \_\_\_\_\_

※の欄は、記入しないこと。

支 部 名	山 口 支 部	受講番号	※	受 付 印
フリガナ				※
氏 名				
生年月日	昭和 / 平成 年 月 日 ( 才 )	性別		女 ・ 男
住 所	〒 TEL ( ) 携帯: ( ) FAX ( )			
勤 務 先	勤務先名			
	所在地	〒 TEL ( ) FAX ( )		
受講決定通知等送付先	※どちらかに○をつけてください。 自 宅 ・ 勤 務 先			
テキストの購入	テキスト『キャリアアップ介護福祉士試験対策 2014 年度試験用』(公益財団法人 介護労働安定センター発行予定)を使用します。 希望する ・ 希望しない(購入済み)			
介 護 関 係 取 得 資 格 等	①介護分野の経験年数	経験年数 ( ) 年		
	②介護・福祉・医療分野で取得している資格はありますか?	イ 訪問介護員(1級・2級・3級)研修修了者 ロ 介護職員基礎研修修了者 ハ 介護福祉士 ニ 介護支援専門員 ホ 看護師・准看護師 ヘ ガイドヘルパー(全身性・視覚障害・知的) ト その他 ( )		

◎受講者の個人情報(氏名、住所、電話番号等)は、当該講座に関する通知等の送付および講座実施に関する連絡、講座受講の際の本人確認、新規講座等のご案内の送付の範囲で利用させていただきます。

◎ご提供いただいた個人情報は、プライバシーポリシーに基づき、厳重に管理し、上記目的以外には使用いたしません。

◎上記につきまして不都合な点がございましたら、お手数ですが、支部担当者までお申し出ください。

【個人情報に関するお問合せ先】公益財団法人 介護労働安定センター山口支部

電話083-920-0926 担当者 伊藤・市原