

2025年度 研精会介護福祉士実務者研修 受講申込書

|                  |                                                                                             |   |                   |                            |                            |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------|----------------------------|----------------------------|
| ふりがな             |                                                                                             |   |                   |                            |                            |
| 氏 名              | (姓)                                                                                         |   | (名)               |                            |                            |
| 生年月日             | 昭和・平成 年 月 日                                                                                 |   |                   |                            |                            |
| 年 令              |                                                                                             | 歳 | 性 別<br>(☑をしてください) | <input type="checkbox"/> 男 | <input type="checkbox"/> 女 |
| 自宅住所             | 〒 -                                                                                         |   |                   | 電 話 番 号                    | 市外局番 ( )<br>—              |
| E-mail           | ☑ご記入後 Kaigo_jinzai@kenseikai-jp.com (カイゴアンダーバージンザイ@kenseikai-jjp.comまで空メール(名前記入必須)を送って下さい。) |   |                   | 携 帯 電 話                    | 市外局番 ( )<br>—              |
| 勤務先<br>事業所名      |                                                                                             |   |                   |                            |                            |
| 勤続年数<br>(現在の勤務先) | 年 月                                                                                         |   | 介護職<br>経験年数       | 年 月                        |                            |

※年齢、勤続年数、経験年数は2024年5月1日現在で算出してください。 ※必ず連絡が取れる電話番号、アドレスの記載をお願いいたします

■ 該当コースに☑をしてください。

|                          |                          |                          |                           |                           |                          |                              |                           |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|------------------------------|---------------------------|
| 無資格者<br>(450時間)          | 介護職員<br>初任者研修<br>(320時間) | 訪問介護員<br>1級修了者<br>(95時間) | 訪問介護員<br>2級修了者<br>(320時間) | 訪問介護員<br>3級修了者<br>(420時間) | 介護職員<br>基礎研修<br>(50時間)   | 認知症介護<br>実践者研修修了者<br>(420時間) | 喀痰吸引等<br>研修修了者<br>(400時間) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>  |

○該当コースにかかわる資格証の写し(コピー)もしくは、修了証の写し(コピー)を同封またはPDFで送ってください。

■ 修了認定にかかる科目に申請がある方は、該当科目に☑をしてください。

| 科 目         | ☑欄                       | 科 目          | ☑欄                       |
|-------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| 人間の尊厳と自立    | <input type="checkbox"/> | 介護過程Ⅲ        | <input type="checkbox"/> |
| 社会の理解Ⅰ      | <input type="checkbox"/> | 発達と老化の理解Ⅰ    | <input type="checkbox"/> |
| 社会の理解Ⅱ      | <input type="checkbox"/> | 発達と老化の理解Ⅱ    | <input type="checkbox"/> |
| 介護の基本Ⅰ      | <input type="checkbox"/> | 認知症の理解Ⅰ      | <input type="checkbox"/> |
| 介護の基本Ⅱ      | <input type="checkbox"/> | 認知症の理解Ⅱ      | <input type="checkbox"/> |
| コミュニケーション技術 | <input type="checkbox"/> | 障害の理解Ⅰ       | <input type="checkbox"/> |
| 生活支援技術Ⅰ     | <input type="checkbox"/> | 障害の理解Ⅱ       | <input type="checkbox"/> |
| 生活支援技術Ⅱ     | <input type="checkbox"/> | こころとからだのしくみⅠ | <input type="checkbox"/> |
| 介護過程Ⅰ       | <input type="checkbox"/> | こころとからだのしくみⅡ | <input type="checkbox"/> |
| 介護過程Ⅱ       | <input type="checkbox"/> | 医療的ケア        | <input type="checkbox"/> |
| 備考          |                          |              |                          |

○修了認定にかかる研修等の修了証の写し(コピー)とカリキュラム一覧を同封またはPDFで送ってください。

※終了にかかる科目については、上記科目(または同等の科目)をこれまでに受講している場合、申請が必要になります。  
ご不明な場合はご相談ください。

■ テキストの購入希望について☑をしてください。(※2024年に研修で使用する全てのテキストが改訂されました。)

|                                                                       |                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| テキストの購入                                                               | 以下の各巻を購入希望します                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> 事務局より購入する                                    | <input type="checkbox"/> 第1巻 人間と社会/ <input type="checkbox"/> 第2巻 介護Ⅰ 介護の基本/ <input type="checkbox"/> 第3巻 介護Ⅱ 介護過程 |
| <input type="checkbox"/> 全巻購入希望                                       | <input type="checkbox"/> 第4巻 こころとからだのしくみ/ <input type="checkbox"/> 第5巻 医療的ケア                                      |
| <input type="checkbox"/> 全巻全て自分で購入し用意する ※ いずれも中央法規出版となります 最新版をご用意ください |                                                                                                                   |

|                                               |                                         |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> R8.1月介護福祉士国家試験受験予定あり | <input type="checkbox"/> R9年度以降に受験を検討する |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|

