

平成29年度「介護職員初任者研修（知的障がい者対象）」募集要項

1. 目的

少子高齢化が進み、医療・福祉の需要が増大する中で、医療・福祉分野での介護サービスの担い手となる人材の確保が重要となっています。このような状況を踏まえ、介護現場での就労を目指す知的障がいのある人が、介護に関する専門的で実践的な「知識」「技能」を身につけ、介護職としてのプロ意識を持って就職し、現場で活躍し続けることを目的とします。

2. 応募者の要件（次のすべての要件を満たしている人）

- 療育手帳の交付を受けている人。
- 介護分野での就職を希望している人。
- 義務教育を卒業し、現在、学校等に在籍していない人。
- 介護職員初任者研修のカリキュラム日程をすべて受講できる人。
- 大阪市在住または在勤されている人。その他、この研修の修了が見込まれ、介護分野での活躍が期待される人。



3. 募集人数 10名…応募者多数の場合、選考になります。

4. 研修期間と場所等

- 期間：平成29年6月23日（金）～平成30年2月2日（金） ※カリキュラム参照
- 場所：大阪市職業指導センター 他
※施設実習は、大阪市及び、近郊の施設で実施します。

5. 申込方法と募集期間

- 申込方法：申込用紙に必要事項をご記入の上、大阪市職業指導センターまでご持参、又はご送付にてお申し込みください。
- 募集期間：平成29年4月24日（月）～平成29年6月2日（金）必着

6. 説明会と選考会

- 事前に行う説明会に必ず参加してください。説明会の後、受講を希望される人に選考試験と面接を行います（説明会への代理の出席は不可とさせていただきます）。
- 日時：平成29年6月7日（水）13：00～
- 場所：大阪市職業指導センター

「介護職員初任者研修」とは…都道府県の知事が「指定」する「介護職員初任者研修」における研修科目を受講し、修了評価（筆記試験等）を受けて、修了が認められた人が取得できる資格です。身体介護や生活（家事等）援助を行うなど、介護の現場で働くための基本的な資格の一つです。

7. 結果の通知

選考会の後、文書にて送付します。お電話でのお問い合わせは、ご遠慮ください。

8. 費用等

- 受講料：無料
- テキスト代、教材費等：20,000円（実費相当分）
※他に自己負担になるもの：講義や演習場所、実習先への移動にかかる交通費。現場実習で必要となる健康診断等の諸費用。研修中の昼食代、演習の食費等。保険加入費用等。

9. 日程及び研修内容

研修内容は、理解を深めるために介護の基礎的な内容を前半に、専門的で実践的な内容を後半に取り入れ、講義、演習、実習の時間数を増やし、独自の追加科目を取り入れたカリキュラムで行います。その他に実習事前オリエンテーション等も受けていただきます。すべてのカリキュラムを受講され、修了評価（筆記試験等）を受けて認められた場合、介護職員初任者研修を修了することとなり、就職に向けての活動と長期間の施設実習等を行っていただきます。日程については、平成29年度カリキュラムをご参照ください。

10. その他

受講が決定された人には、研修中の事故等による傷害（ケガ）や他人への損害賠償に備えて、傷害保険に加入していただきます。すでに保険に加入されている場合は、ご相談ください。

11. 開催事務局【お申し込み、お問い合わせ先】

社会福祉法人 大阪市障害者福祉・スポーツ協会
 大阪市職業指導センター
 〒559-0023 大阪市住之江区泉 1-1-110
 TEL (06) 6685-9075
 (担当：那須・尾上)



社会福祉法人 大阪市障害者福祉・スポーツ協会 URL : <http://www.fukspo.org>

大阪市職業指導センター URL : <http://www.v-sien.org/jigyoudata/sidou/sidou.html>

<大阪市委託事業> <大阪府介護職員初任者研修事業者指定番号66>

この研修は、大阪市委託事業として「渡邊心身障害者福祉基金」（故渡邊かく氏のご意志により設立）を活用させていただき実施しております。

平成29年度「介護職員初任者研修（知的障がい者対象）」

受講申込書

申込日：平成 年 月 日

| | | | | | |
|----------------|-------------------|---------------|----------|--------------------|---|
| ふりがな | 性別 | | 男 / 女 | 年 齢 | 歳 |
| 申込者氏名 | 生年月日 | | 昭和 / 平成 | 年 月 日 | 日 |
| 現住所 | 〒 - | | | | |
| 電話番号 | 自宅： () | | 携帯： () | | |
| 最寄り駅 | 線 駅 | | 徒歩・バス 分 | | |
| 障がい者手帳 | 療育手帳 | A ・ B1 ・ B2 | 交付日 | 年 月 日 | |
| | 重複の場合 | 身体障がい者手帳 (級) | | 精神障がい者保健福祉手帳 () 級 | |
| 取得している資格 | | | | | |
| 現在の所属 | (通所 ・ 勤務 ・ その他) | | | | |
| 所属機関住所 | 〒 (-) | | | | |
| | 電話： () | FAX： () | | | |
| 所属機関担当者 | 氏名： | | メールアドレス： | | |
| 紹介者 | 電話： () | | | | |
| 研修受講を希望している理由 | | | | | |
| 申込者ご本人がご記入ください | | | | | |

大阪府介護職員初任者研修事業者指定番号66

◎ お申し込み・お問い合わせ先 ◎
 社会福祉法人 大阪市障害者福祉・スポーツ協会
 大阪市職業指導センター (担当：那須、尾上)
 〒559-0023 大阪市住之江区泉1-1-110
 電話： 06-6685-9075

※募集期間：平成29年4月24日(月)～平成29年6月2日(金) 必着
 郵送またはご持参にてお申し込みください。 ※FAX不可