

(様式第3号-3)

学 則

実施 機 関 の 概 要	事業指定制	平成27年7月13日 (7高第668号)
	名 称	社会福祉法人 長岡京市社会福祉協議会
	所 在 地	長岡京市東神足2丁目15-2
	代表者の氏名	会長 小野 洋史
	連絡先	(TEL)075-955-5601 (FAX)075-952-2597
	研修担当部署	〔担当部署名〕きりしま苑 〔担当者氏名〕奥西 美雪
	連絡先 その他の主な事業	(TEL)075-956-0294 (FAX)075-956-0290 地域福祉の推進・介護保険事業（通所介護・訪問介護・居宅介護支援）障害福祉サービス（居宅介護・行動援護・移動支援・特定相談支援）など

研 修 の 概 要	研修指定制	令和 7 年 5 月 2 9 日 (7 高第 4 9 1 号)
	課程・実施方法	介護職員初任者研修課程・通学・直営（*通学・通信の別を記入）（*直営・委託の別を記入）
	通信の場合のみ記入	〔添削指導要領等〕（添削指導方法や答案提出期限等を記入）
	委託の場合のみ記入	〔委託する事業者名〕
	研修の名称	介護職員初任者研修 ～地域生活を支える介護職員を目指して～
	研修の目的	長岡京市並びに乙訓地域のすべての住民が住み慣れた地域で生活を送り続けることができるよう福祉従事者の増員を図る。
	取得できる資格の名称	介護職員初任者研修課程修了
	実施場所	講義 長岡京市社会福祉協議会きりしま苑 長岡京市東神足2丁目15番2号 有限会社 スマイルケア 長岡京市神足麦生11
		演習 長岡京市社会福祉協議会きりしま苑 長岡京市東神足2丁目15番2号 有限会社 スマイルケア 長岡京市神足麦生11
		実習 長岡京市社会福祉協議会きりしま苑 長岡京市東神足2丁目15番2号
	募集期間	京都府指定の日～ 令和7年7月10日
	研修期間	令和7年7月18日～ 令和8年3月17日
	カリキュラム・日程	別添様式第3号-5のとおり
	講師の氏名	別添様式第3号-6のとおり

研修修了の認定方法 (欠席者の取扱いを含む)	講義への出席確認(毎回・单元ごと)・実習報告書の確認 全講義終了時に試験を実施7割以上の成績で認定する 欠席は合計13時間以内。欠席が講義科目の場合ビデオ視聴後レポート提出。演習は補講を実施する。
受講資格	長岡京市または乙訓地域等において介護職員として従事することを希望する方
受講定員	20名
申込・支払方法等	①氏名②住所③連絡先となる電話番号④メールアドレス⑤生年月日⑥長岡京市内、向日市内、大山崎町内での従事希望有無 ⑦他の福祉資格の有無または、学校・所属事業所を明記の上、電話またはFAXメールでの申込 支払いは、現金持参または口座振り込み(振込料は受講者負担)
受講料等	20,000円、プラステキスト代 6160円 健康診断料(医療機関による)10000円程度
使用するテキスト	介護職員初任者研修テキスト(介護労働安定センター)
教育訓練給付制度等	有(制度名:)・ 無
不測の事態等の 代行事業者	〔事業者名〕医療法人社団 千春会 〔所在地〕長岡京市開田2丁目14番26号 (TEL) 953-2712 (FAX) 956-8350

〔注意事項〕 本学側は公開するものとし、受講希望者に配付すること。