

同行援護従業者養成研修 [一般課程]

＜中標津会場＞開催のご案内・募集要項・申込書

単独では外出が難しい障がい者（児）の方を「社会生活上必要な外出、余暇活動や社会参加のための外出をする際」に、この資格を有する通称【ガイドヘルパー】が支援します。外出時に必要な移動の介助や必要となる身の回りの介護・介助を行う公的資格です。すでにご存じのとおり、平成30年4月以降、同サービスを提供する際、各市町村で必須の資格となっております。すでに介護に関する現任者の方、ご家族の介護をされている方も、ぜひこの機会に皆様の受講をお待ちしております！

1 研修課程・費用（テキスト・教材費・税込）

研修課程（通信講座）	受講料
同行援護従業者養成研修[一般課程] <small>（視覚障がいを有する方への移動支援・同行援護のための資格）</small>	24,000 円
事業所でサービスを行う従事者の要件は、 ○サービス提供責任者：応用課程修了者 ○サービス提供する方：一般課程修了者 注：サービス提供事業所で、「応用課程修了者」が退職等の理由でいない場合（いなくなった場合）、このサービスを事業所として提供することができませんので、ご注意ください。	

2 受講申込締切・定員・資格・・・[10名以上のお申込み者で開催決定となります]

●申込み締切 令和元年5月30日（木）

●定員 20名

●受講資格

規定の添削問題の解答、講義・演習スクーリングに参加可能な方。

弊社の場合、福祉系資格をお持ちでない方も受講可能です。



3 受講申込～修了までの流れ

- ① 弊社宛に、「申込書」と身分証明書写し（運転免許証や保険証等の公的証明書）1部（別紙で）を郵送またはFAXでお申し込みください。
申し込み到着確認後、「受講決定通知、受講料納入のご案内」をお送り致します。
- ② 受講料納入（納入期限は決定通知到着後2週間程度）確認後、概ね1週間以内にテキスト等関係書類を送付いたします。
- ③ 受講開始：テキストを確認しながら「添削課題」を、ご自宅にて自指定日までに解答し、提出して頂きます。
- ④ 「添削問題」は、正答率6割で合格となります。6割に達しない場合は、採点した添削問題を再度事務局よりご返送いたします。誤答された箇所を再度解答してください。6割に達するまで、これを繰り返します。
- ⑤ 裏面日程の講義・演習スクーリングを受講いただきます。北海道の規定により、遅刻・早退等の場合は修了書の発行はできません。
- ⑥ 修了証交付：「添削課題（正答率6割以上で合格）」＋「講義・演習スクーリングに全時間出席」により修了証交付となります。修了日の日付は、原則、「研修修了日」となります

5 講義・演習スクーリング日程（時間は変更がある場合があります） ※駐車場は無料

●受け付け開始は、10分前からになります。万一遅れる場合は、弊社迄ご連絡ください。

研修課程	実施予定日	時間（休憩時間含）	実施会場
同行援護従業者 [一般課程] ・講義及び室内での疑似演習が中心となる内容です。	7月13日(土)	9:30～19:00 ※休憩を含みます。 ※昼食は、「食事介助演習」となり、お弁当と飲み物を弊社にて準備いたします。	中標津町総合文化会館 【指定研修室】 案内板をご参照ください 086-1002 中標津町東2条南3丁目1番地1

6 受講キャンセルについて

受講前のキャンセルは、すみやかに下記事務局までご連絡ください。特に定員に足している場合、キャンセル待ちの方の為に、お早目のご連絡をお願い致します。なお、受講キャンセル手続きは下記の要領でお願い致します。

- 受講料が振り込まれていない場合：お電話・郵便・FAX等でお受けいたします。
- 受講料が振り込まれている場合：任意の「受講辞退届」を書面にてご提出ください。（郵送・FAX可）
- ①テキスト等が届いていない場合は、振込手数料等を除き、納入された受講料を返金いたします。
- ②テキスト等が届いている場合は、受講開始となり、返金はできませんのでご注意ください。

●研修会場 中標津町総合文化会館【しるべつと】



研修内容に関するお問い合わせ・連絡先

北海道知事指定 介護職員初任者研修事業者 居宅介護職員初任者研修等事業者



Japan Welfare Care Educational Center Co., Ltd.

日本福祉介護教育センター

〒063-0022 札幌市西区平和2条3丁目5番9号 ●本部企画室

TEL: 011-688-7571 FAX: 011-688-7572

弊社ホームページには、今回の研修の他、近郊会場等の研修募集要項・申込書があります。

令和元年 7 月 [中標津会場] (通信課程)

同行援護従業者養成研修[一般課程]

受講申込書

事業所内で複数の受講希望者がいる場合、恐れ入りますが複写してご使用ください。

受講希望番号に○をつけ、下記、記入可能な箇所のご記入をお願い致します。

課程・日程		同行援護従業者養成研修 [一般課程] 7月13日(土) 9:00~18:45	
重要箇所	氏名・生年月日	ふりがな _____ _____ _____ ※氏名は戸籍と同じ文字で記入してください S・H 年 月 日生 (歳)	男・女
	介護に関する資格	資格名	取得年月日
	現住所・連絡先	〒 _____ 連絡先電話又は携帯番号(ある方必須) () _____ ※緊急時 携帯ショートメール 可・不可 FAX 番号 () _____	
	勤務先住所・連絡先	事業所名 ※勤務先への連絡 可・不可 住所 〒 _____ 電話番号 () _____	
<p>いずれかに○を記入してください。</p> <p>① 受講決定通知等送付先⇒ 現住所 ・ 勤務先</p> <p>② 受講料納入⇒ 申込者 ・ 勤務先</p> <p>③ 修了書送付先⇒ 申込者 ・ 勤務先</p>			
備考 (質問等ございましたら記入してください)			

郵送の場合は、原本を送付してください。原本は「控え」としてを写しをご本人が必ず保管してください。FAX送信の場合は、くれぐれも番号をお間違えのないよう、送信をお願い致します。

日本福祉介護教育センター

※ご記入の個人情報は、当研修関係以外で使用することはありません