

令和3年度

# 介護職員初任者研修



名取校 4月生 12月生

71,500円

定員  
12名

募集中

(税込、テキスト代込)

一般教育訓練給付制度対象

|      | 4月生   | 12月生  |
|------|---|---|
| 日程   | 令和3年4月20日(火)～<br>7月27日(火)の内14日間<br>※毎週火曜日   | 令和3年12月7日(火)～<br>令和4年3月15日(火)の内14日間<br>※毎週火曜日 |
| 申込締切 | 令和3年4月16日(金)  | 令和3年12月3日(金)                                  |
| 会場   | 名取教室 名取市下余田字鹿島10((株)バイタルケア本社内)  |   |
| 内容   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護・福祉サービスの理解</li> <li>・コミュニケーション技術と老化・認知症・障害の理解</li> <li>・こころとからだのしくみと生活支援技術などを学びます。</li> </ul> |   |
| 対象者  | これから仕事に活かしたい方には必須の資格です。<br>家族介護やボランティアにも役立つ研修内容になっています。   |   |

日程等の詳細につきましては、バイタルケアホームページをご覧ください。

## お申し込み・お問い合わせ先

受講をご希望の方は、裏面の申し込み用紙に必要事項を記入し、下記の連絡先までFAXまたは郵送でお申し込みください。折り返し確認のご連絡を致します。

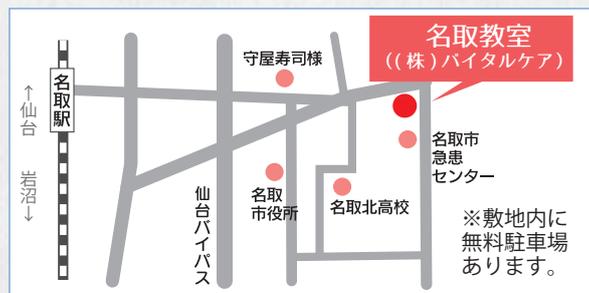
申し込み用紙はバイタルケアホームページからもダウンロードできます。

〒981-1298 名取市下余田字鹿島10

TEL 022-738-7818

FAX 022-384-1680

受付担当：岡本、服部



こちらのコースも  
募集しております

★福祉用具専門相談員指定講習 8月生・令和4年2月生

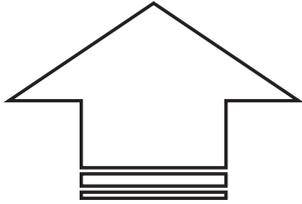
★介護福祉士実務者研修 6月生・7月生

介護スタッフ、看護師、ケアマネジャーなど募集中！  
興味のある方は右のQRコードを読み取って下さい。



株式会社バイタルケア  
http://www.vitalcare.co.jp/

FAX 022-384-1680



令和3年度介護職員初任者研修課程 受講申込書

令和 年 月 日

本研修につき受講致したく、下記の通り申し込みいたします。

|                         |   |                      |                       |
|-------------------------|---|----------------------|-----------------------|
| フリガナ                    |   | 性別                   | 男 女                   |
| 受講者氏名                   |   | 生年月日<br>年 月 日<br>年 齢 | 昭和・平成<br>年 月 日<br>生 歳 |
| 住 所                     | 〒 -<br>TEL - - 携 帯 - -<br>FAX - -   |                      |                       |
| 緊急連絡先                   | 氏名  | 連絡先                  |                       |
|                         | 住所  | 本人との関係               |                       |
| 勤務先又は<br>職業<br>学校名      |   |                      |                       |
| 申込コース                   | <input type="checkbox"/> 4月生 令和3年 4月20日～7月27日<br><input type="checkbox"/> 12月生 令和3年 12月7日～3月15日 |                      |                       |
| 受講希望の理由等<br>(詳しくご記入下さい) |   |                      |                       |
| * 未成年の方は保護者の同意をお願いします。  |   |                      |                       |
| 保護者署名                   |   |                      | 印                     |