

2019年度「介護職員初任者研修（知的障がい者等対象）」募集要項

1. 目的

少子高齢化が進展し、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）

- 原則、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：2019年6月21日（金）～2020年1月31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。

※休館日：土曜日、日曜日、国民の祝日・休日

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：2019年6月7日（金）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。

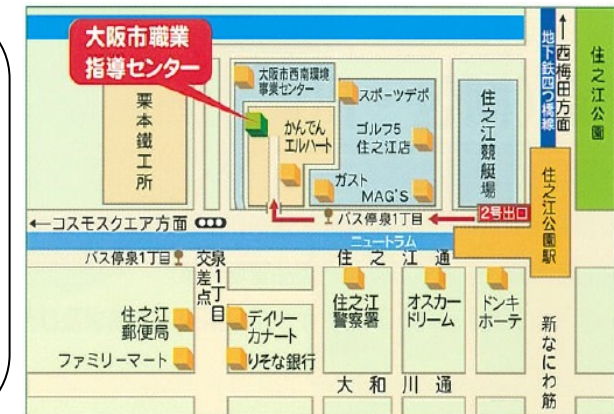
すべてのカリキュラムを受講され、修了評価（筆記試験等）を受けて認められた場合、介護職員初任者研修を修了することとなり、就職へ向けての活動と長期間の施設実習等を行っていただきます。日程については、2019年度カリキュラムをご参照ください。

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: <https://www.v-sien.org/jigyoudata/sidou/index.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＞

2019年度「介護職員初任者研修（知的障がい者等対象）」受講申込書

申込日： 年 月 日

ふりがな				性別	年齢
申込者氏名				男 / 女	歳
現住所	〒 —				
電話番号	自宅： ()	携帯： ()			
障がい者手帳	療育手帳	A ・ B1 ・ B2	年	月	交付
	身体障がい者手帳	級	年	月	交付
	精神障がい者保健福祉手帳	級	年	月	交付
取得している資格					
現在の所属先名称 ※回して下さい	<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 就労移行支援事業所 <input type="checkbox"/> 高齢者施設 <input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 勤務 <input type="checkbox"/> その他				
所属機関住所	〒 —				
所属機関担当者	電話： ()	氏名：	Eメール： _____		
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＞

【個人情報の取り扱いについて】

当申込書にてご提供いただきました「個人情報」を当研修の運営に必要な範囲内にて使用します。
当研修に関する業務以外に使用することは一切ありません。

◎ 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丁目1番110号 電話： 06-6685-9075

※募集期間：2019年4月26日(金)～2019年6月6日(木) 必着

ご持参またはご送付にてお申し込みください。 ※FAX不可