平成２８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）

- 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２８年６月２０日（月）～　平成２９年２月３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２８年４月２２日(金)～平成２８年６月１日(水)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２８年６月３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。

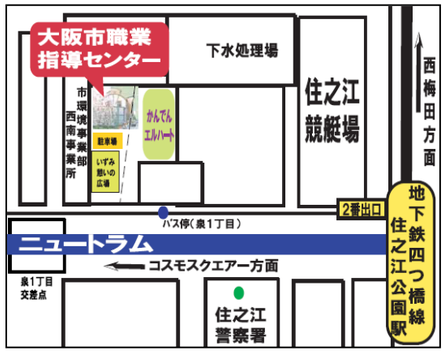
すべてのカリキュラムを受講され、修了評価（筆記試験等）を受けて認められた場合、介護職員初任者研修を修了することとなり、就職へ向けての活動と長期間の施設実習等を行っていただきます。日程については、平成２８年度カリキュラムをご参照ください。

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28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		
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：　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：				
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＞

◎　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28年 4月 22日(金）～平成28年6月 1日(水）　必着

郵送またはご持参にてお申し込みください。　※ＦＡＸ不可