

レポート学習 e-ラーニング(WEB学習)  
どちらか選べます! (受講料同額)

# 介護福祉士 実務者研修【通信制】

## ～スクーリング(通学)10日間～

介護福祉士取得に必要不可欠な研修です!

修了者の声

- 内容がとても充実していてすぐに職場で役立つことが多く、受講して本当によかった。
- 普段の介助で忘れがちな基礎を再認識できる研修だった。

プロによる  
工夫がたくさん  
効率よく学習できる

質問しやすい  
雰囲気

令和8年1月からの  
(第38回)国家試験に  
間に合います!

実務者研修とは・・・平成28年度(平成29年1月実施)の介護福祉士国家試験から、受験資格として「実務経験3年」に加えて、実務者研修の修了が義務付けられています。

|                        |                                                                                                                                                                                                            |          |                           |                                       |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------|---------------------------------------|
| 講習名称                   | 実務者研修(医療的ケア通信)                                                                                                                                                                                             |          | 定員                        | 15名                                   |
| 各コースの<br>受講対象者<br>及び費用 | 次のコースのスクーリング(面接授業)に全て出席できる方。                                                                                                                                                                               |          |                           |                                       |
|                        |                                                                                                                                                                                                            | コース種類    | 受講対象者                     | 費用                                    |
|                        | ①                                                                                                                                                                                                          | 320時間コース | ホームヘルパー2級課程修了者            | 受講料 90,000円(税込)                       |
|                        |                                                                                                                                                                                                            |          | 介護職員初任者研修修了者              | テキスト代 12,650円(税込)                     |
|                        | ②                                                                                                                                                                                                          | 450時間コース | 無資格の方(①の受講対象研修を修了されていない方) | 受講料 110,000円(税込)<br>テキスト代 12,650円(税込) |
|                        | (使用テキスト)中央法規出版株式会社「介護福祉士実務者研修テキスト」第1巻～第5巻<br>※ヘルパー1級課程修了者対象の95時間コース、介護職員基礎研修修了者対象の50時間コースのご受講を希望の方はご相談ください。<br>➤施設・事業所よりお申し込みの場合は、人材開発支援助成金の対象とすることが可能です。<br>➤栃木県社会福祉協議会 実務者研修受講資金貸付の対象となります。(★)※但し、対象条件あり |          |                           |                                       |
| 講習期間                   | 令和7年8月8日(金)～12月3日(木) スクーリング(通学)日は裏面に記載➡<br>スクーリング(通学)は、期間中の10日間です。働きながら受講可能な、毎月2～3日です。<br>450時間の修了日の日付は令和8年2月7日になります。<br>※スクーリング(通学)の初日は、9/4(木)です。(オリエンテーション等行います。)                                        |          |                           |                                       |
| 通信学習方法<br>～選択できます～     | レポート学習コース と e-ラーニング(WEB)学習コース の2つの方法です。 詳細は裏面へ➡<br>e-ラーニング(WEB)学習は、ご自身のスマートフォンやPCでオンラインにより学習するものです。                                                                                                        |          |                           |                                       |
| 会場                     | コンセーレ 3階 第6会議室 栃木県宇都宮市駒生1丁目1番6号                                                                                                                                                                            |          |                           |                                       |
| お申込み方法                 | 「受講申込書」に必要事項をご記入のうえ、メールもしくはFAXで、お申込みください。                                                                                                                                                                  |          |                           |                                       |
| 募集期間                   | 令和7年5月1日(木)～令和7年7月1日(火)<br>定員になり次第募集終了とさせていただきます。 ※最少開催人数に満たない場合、中止する場合がありますので、ご了承ください。                                                                                                                    |          |                           |                                       |

★ご注意ください★助成金や貸付制度のご活用について対象条件等があるため、事前に労働局へご相談ください

25.02

お申込み  
・  
お問い合わせ先

公益財団法人介護労働安定センター栃木支部  
〒320-0851 宇都宮市駒生1丁目1番6号 コンセーレ内  
Tel 028-643-6445 Fax 028-643-6448



# 実務者研修【通信制】の学習について

## 通信課程

学習する方法を次の2コースから選べます！  
働きながら学べるコースをご用意しました。

※各コースとも、8月8日～12月3日の間での通信学習とスクーリング10日間の履修が必須となります。

### レポート学習コース



レポート提出で学習するコースです。

テキストとレポート課題が8月8日に送付されます。スクーリング日に持参して提出となります。

### e-ラーニング(WEB)学習コース

スマートフォンやPCで学習するコースです。お仕事の隙間時間や、ご自分のタイミングで、いつでもどこでも学習ができます。

テキストが8月8日に送付されます。マイページからスクーリング日に期限となる科目を確認し、修了評価(通信課題)を解いていただきます。



## 講習日程

講習期間：令和7年8月8日(金)～令和7年12月3日(水)

| 科目               | スクーリング日程                               |            |                     |                      |           |
|------------------|----------------------------------------|------------|---------------------|----------------------|-----------|
| 介護過程Ⅲ<br>(講義・演習) | ① 9/4(木)★                              | ② 9/10(水)  | ③ 9/18(木)           | ④ 9/25(木)            | ⑤ 10/2(木) |
|                  | ⑥ 11/12(水)                             | ⑦ 11/19(水) | ⑧ 11/26(水)          | ★開講式、オリエンテーションを含みます。 |           |
| 医療的ケア            | 10/28(火)※                              | 11/4(火)※   | ※演習はどちらか1日の出席となります。 |                      |           |
| 講習時間             | 10:00～16:30 (終了時間はカリキュラムにより異なる場合があります) |            |                     |                      |           |

## 講習内容・履修科目表

| 履修科目内容                                                    | ホームヘルパー2級課程<br>修了者の方                                                                                                                                           | 介護職員初任者研修<br>修了者の方                                                                                     | 無資格者の方<br>(左記の研修を修了されていない方)                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| スクーリング<br>(通学学習)                                          | 介護過程Ⅲ(座学+実技)<br>医療的ケア(演習)                                                                                                                                      | 介護過程Ⅲ(座学+実技)<br>医療的ケア(演習)                                                                              | 介護過程Ⅲ(座学+実技)<br>医療的ケア(演習)                                                                                                                          |
| 通信学習<br>(自宅学習)<br><br>※レポート、<br>もしくは<br>e-ラーニングで<br>行います。 | 社会の理解Ⅱ<br>コミュニケーション技術<br>介護過程Ⅱ<br>発達と老化の理解Ⅰ及びⅡ<br>認知症の理解Ⅰ及びⅡ<br>障害の理解Ⅰ及びⅡ<br>こころとからだのしくみⅡ<br>医療的ケア                                                             | 社会の理解Ⅱ<br>介護の基本Ⅱ<br>コミュニケーション技術<br>介護過程Ⅱ<br>発達と老化の理解Ⅰ及びⅡ<br>認知症の理解Ⅱ<br>障害の理解Ⅱ<br>こころとからだのしくみⅡ<br>医療的ケア | 人間の尊厳と自立<br>社会の理解Ⅰ及びⅡ<br>介護の基本Ⅰ及びⅡ<br>コミュニケーション技術<br>生活支援技術Ⅰ及びⅡ<br>介護過程Ⅰ及びⅡ<br>発達と老化の理解Ⅰ及びⅡ<br>認知症の理解Ⅰ及びⅡ<br>障害の理解Ⅰ及びⅡ<br>こころとからだのしくみⅠ及びⅡ<br>医療的ケア |
| 修了                                                        | センターが科目ごとに定める修了評価試験、通信課題、実技評価、演習評価等において一定の評価を修めることで科目修了となります。<br>なお、受講されるコースの全科目を修了することが修了証明書発行の要件となります。<br>(欠席等により必要時間数を履修できなかった場合等は、別途補講(有料)を受講いただくことが必要です。) |                                                                                                        |                                                                                                                                                    |

実務者研修【通信制】 受講申込書

公益財団法人 介護労働安定センター 栃木支部長殿  
実務者研修課程 学校長殿

ご本人が太枠内のみ記入してください。

|                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |           |  |   |  |     |  |                                  |  |            |  |       |  |                              |  |
|--------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------|--|---|--|-----|--|----------------------------------|--|------------|--|-------|--|------------------------------|--|
| 受講支部名                    |  | 栃木支部                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 記入日       |  | 年 |  | 月   |  | 日                                |  | ※受付番号      |  |       |  |                              |  |
| フリガナ                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |           |  |   |  |     |  |                                  |  | ※受付印       |  |       |  |                              |  |
| 氏名(自署)                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |           |  |   |  |     |  |                                  |  |            |  |       |  |                              |  |
| 生年月日                     |  | 昭和<br>平成                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |           |  | 年 |  | 月   |  | 日 ( 歳 )                          |  | 性別<br>(任意) |  | 男 ・ 女 |  | 本人確認書類提示確認<br>( 済 ・ 未済 担当: ) |  |
| 現住所<br>(自宅)              |  | 〒                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |           |  |   |  |     |  |                                  |  |            |  |       |  |                              |  |
| 連絡先                      |  | TEL(携帯)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |           |  |   |  | メール |  |                                  |  |            |  | @     |  |                              |  |
| 勤務先                      |  | (法人名)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |           |  |   |  |     |  |                                  |  | (事業所名)     |  |       |  |                              |  |
|                          |  | 〒                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |           |  |   |  |     |  |                                  |  |            |  |       |  |                              |  |
|                          |  | TEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |           |  |   |  |     |  | FAX                              |  |            |  |       |  |                              |  |
| 書類当送付先                   |  | 自宅 ・ 勤務先 ※どちらかに○をつけてください(テキスト等もお送りする送付先となります。)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |           |  |   |  |     |  |                                  |  |            |  |       |  |                              |  |
| 保有資格<br>及び<br>受講コース      |  | 【1】保有資格に○をつけてください。保有資格に応じ受講コースが異なります。<br>なお、資格保有者対象コースは申し込みの際、必ず資格(修了)証の写し(A4サイズ)の提出をお願いします。<br>また、資格(修了)証の氏名が現在の氏名と異なる場合、戸籍抄本(謄本)(写)も併せて提出してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |           |  |   |  |     |  |                                  |  |            |  |       |  |                              |  |
|                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | ホームヘルパー2級 |  |   |  | ➡   |  | 320時間コース(訪問介護員養成研修(ヘルパー)2級修了者対象) |  |            |  |       |  |                              |  |
|                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 介護職員初任者研修 |  |   |  |     |  | 320時間コース(介護職員初任者研修修了者対象)         |  |            |  |       |  |                              |  |
|                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 無資格の方     |  |   |  | ➡   |  | 450時間コース(無資格の方対象)                |  |            |  |       |  |                              |  |
|                          |  | 【2】介護分野の実務経験年数 年 月(記入月日現在)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |           |  |   |  |     |  |                                  |  |            |  |       |  |                              |  |
| 通信課程<br>学習方法             |  | 通信課程の学習方法をどちらか選択してください。(必ずどちらかににチェックを入れてください)<br><input type="checkbox"/> レポート学習コース <input type="checkbox"/> e-ラーニング(WEB)学習コース➡メールアドレスは必ずご記入ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |           |  |   |  |     |  |                                  |  |            |  |       |  |                              |  |
| お申込方法<br>受講料お振込<br>みについて |  | 【手順1】「受講の申し込み」受講申込書の項目にご記入の上、資格証等の写しと共にメール又はFAXでお申込みください。<br>(メール tochigi@kaigo-center.or.jp) (FAX 028-643-6448)<br>【手順2】「請求書(振込票付き)の受領」7月1日以降請求書をご指定の場所へ郵送にてお送りいたします。<br>【注意事項】開催日の2週間前までに請求書が届かない場合は、必ずご連絡ください。<br>【手順3】「受講料の振込み」請求書に記載の支払期日までに、受講料をお振込みください。<br>【注意事項】①受講される方ごとのお申し込みをお願いいたします。②振込手数料はお振込人様の負担とさせていただきます。③払込票の控えをもって領収書に代えさせていただきます。④『受講申込書』のご提出後、振込をもって受付完了となります。⑤受講をキャンセルされる場合は、必ず事前にご連絡ください。<br>なお、お申込者様の都合によるキャンセルの場合は、振込手数料を差し引いてのご返金となります。<br>⑥お振込みいただいた受講料は、開催決定(開催日から起算して14日前)以降は、原則として返金いたしませんので予めご了承ください。<br>【手順4】「受講申込の完了」お振込みいただいた時点で、「受講申込」が完了となります。<br>【手順5】「受講決定メール」又は「受講決定通知(郵送)」を受け取ります。後日、テキスト等を開講までにお送りいたします。 |  |           |  |   |  |     |  |                                  |  |            |  |       |  |                              |  |
| 各種助成金の<br>利用             |  | 研修の受講に関し、事業所で助成金の利用を予定されていますか(該当部分にチェックを入れてください)。<br><input type="checkbox"/> 予定なし <input type="checkbox"/> 予定あり(助成金の名称: ) <input type="checkbox"/> 不明                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |           |  |   |  |     |  |                                  |  |            |  |       |  |                              |  |

◆本書にご記入の氏名、住所等の個人情報は、本研修を円滑に実施するため、また、当センターの事業のご案内や資料提供のために使用させていただきます。  
◆ご記入いただいた個人情報は、当センターのプライバシーポリシーに基づき厳重に管理し、上記の目的以外では使用いたしません。  
◆個人情報についてご不明な点がございましたら、支部担当者までご連絡ください。  
【個人情報に関するお問合せ先】公益財団法人介護労働安定センター栃木支部長 TEL 028-643-6445