

“介護のお仕事をしてみませんか”

# 介護に関する 入門的研修

高齢者の方々が、  
あなたの支えを  
待っています。

募集締切日 **11月2日(水)**

**受講料無料**

**先着順にて定員30名!!**

## 介護経験“ゼロ”歓迎

名前の通り、介護における“入門”の研修です。  
基本をお伝えしますのでご安心を!!

## 介護の知識＋技術

介護に関する知識だけではなく、介護技術も学べます。適切な  
身体の動かし方を学び、介護者の負担が軽減されるのも実  
感!! 介護予防体操や**高齢者疑似体験**も!!

## 就職講話

介護の現場のイメージがわからないという方必見!!  
入門的研修修了後介護職に就いた先輩動画を視聴!!

## 就職支援

研修修了後にその場で就職支援を実施!!

※就職の斡旋は行いません。

## 研修概要

### ■ 受講資格

西宮市内に居住し、介護分野への就労その他介護の実践に興味、関心のある方で、  
5日間の研修全てを受講できる方 ※現在、介護職として働いている方は対象外です。

**年齢制限はありません**

### ■ 研修日時・内容

|     | 日程            | 時間          | 内容                    |
|-----|---------------|-------------|-----------------------|
| 1日目 | 令和4年11月 9日(水) | 13:00～16:30 | 介護に関する基礎知識・介護の基本      |
| 2日目 | 令和4年11月14日(月) | 10:00～16:30 | 基本的な介護の方法             |
| 3日目 | 令和4年11月16日(水) |             | 基本的な介護の方法             |
| 4日目 | 令和4年11月21日(月) |             | 認知症の理解・就職講話           |
| 5日目 | 令和4年11月28日(月) |             | 障害の理解・介護における安全確保・就労支援 |



介護に関する入門的研修の詳細はホームページからもご覧いただけます。



■ お申込みから研修まで

1 お申込み

電話:「申込書」の記載事項を口頭でお伝えください。  
FAX:「申込書」または別紙にて申込書の記載事項をご記入の上、送信してください。  
メール:「申込書」にご記入いただいたものを写真等で添付いただくか、申込書の記載事項を本文にご記入の上、送信してください。  
※メール送信の際には、件名を「西宮市入門的研修申込」としてください。

2 お届け

お申込受付後、担当事務局から受講案内・カリキュラム等をお届けいたします。  
到着後は、必ずご一読ください。

3 研修

お届けした受講案内に従い、**研修会場**までお越しください。

■ 研修会場

会場名

西宮市民会館

所在地

西宮市六湛寺町10-11

アクセス

JR西宮駅より徒歩10分 / 阪神西宮駅市役所口より徒歩2分 /  
阪急バス「市役所前」下車 / さくらやまなみバス「西宮市役所前」下車

【お申込み・お問い合わせ先】株式会社ソラスト 教育事業部 営業課

TEL

06-6265-8555  
(平日9:00~17:30)  
※本研修は西宮市から委託され、(株)ソラストが実施します。

FAX

06-6265-8560 (24h)

MAIL

kankyo@solasto.co.jp

所在地

〒541-0056 大阪府大阪市中央区久太郎町2-4-11  
クラブウアネックスビル8階 (株)ソラスト 教育事業部 宛

西宮市介護に関する入門的研修 【申込書】

|   |                  |                                                                                                                                                                             |      |      |
|---|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| 1 | 氏 名              | 2                                                                                                                                                                           |      | ふりがな |
| 3 | 生年月日             | 年 月 日 ( 歳 )                                                                                                                                                                 |      |      |
| 4 | 住 所              | 〒                                                                                                                                                                           |      |      |
| 5 | 電話番号             | 6                                                                                                                                                                           | 携帯電話 |      |
| 7 | 介護のお仕事の経験はありますか? | <input type="checkbox"/> あり(約 年 カ月) <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> その他( )                                                                          |      |      |
| 8 | 現在、お仕事はされてますか?   | <input type="checkbox"/> 他職種で就業中 <input type="checkbox"/> 就業していない<br><input type="checkbox"/> その他( )                                                                        |      |      |
| 9 | 介護のお仕事をお考えですか?   | <input type="checkbox"/> すぐにでも働きたい <input type="checkbox"/> 将来的に働いてみたい <input type="checkbox"/> 既に決まっている<br><input type="checkbox"/> 考えていない <input type="checkbox"/> その他( ) |      |      |

※申込内容に不備があり、申込締切日迄にご返信いただかないとご受講いただけない場合があります。あらかじめご了承ください。