令和7年度知的障害者等居宅介護職員初任者研修実施要綱

1．《趣　旨》

障害のある人の資格取得を支援し、専門的な「知識」と「技能」を身に付けた豊かな人材を育て、障害のある人の就労を支援することを目的としています。

2．《主　催》　静岡県

〈受託団体〉　一般社団法人静岡県社会就労センター協議会

〈実施法人〉　社会福祉法人農協共済中伊豆リハビリテーションセンター
社会福祉法人富岳会
社会福祉法人明光会
社会福祉法人明和会
社会福祉法人天竜厚生会

3．《研修期間》

令和７年８月下旬～令和８年１月21日（研修時間は195時間）

開講式…　令和７年８月下旬

修了式…　令和８年２月４日

4．《受講対象者の要件》

①障害者手帳または医師の診断書を所持する障害のある人

②介護現場等へ一般就労を希望する人

③全ての開講日に参加でき、原則として自分で受講会場に通える人

以上、全てにあてはまる人

※受講申込みの際は、現在所属する学校、勤務先、事業所等に許可を得てください。

※受講にあたり、地区ごと面接などを行います。

※受講希望者が定員に達した場合は、当該年度に就労する人を優先します。

5．《受講定員》

受講定員は、50名とし、各地区10名程度とします。

6．《受講料》

受講料は無料です。　但し、研修で使用するテキストの代金として5,500円をいただきます。受講するための交通費、食事代は別途実費が必要です。

7．《取得資格》

研修を全て受講し、筆記試験に合格した人は、居宅介護職員初任者研修課程修了者として認定され、修了式において県知事名の修了証明書が交付されます。

８．《研修内容》

１）【講義・演習・実習】

介護の基本・老人福祉や障害者福祉に関する知識、
こころとからだのしくみと生活支援技術を習得、
介護現場での実習があります。

２）修了評価　　筆記試験

筆記試験日　　令和８年１月21日（水）

但し、筆記試験は研修総時間数195時間には含まれません。

９．《会　場》

各地区担当法人指定会場

10．《申込み期間》

令和７年６月26日（木）から８月20日（水）

11．《申込み先及び問合せ先》

一般社団法人静岡県社会就労センター協議会

〒420-0031　静岡市葵区呉服町2-1-5　　Tel: 054-204-5088　鈴木

伊豆地区：社会福祉法人 農協共済中伊豆リハビリテーションセンター

〒410-2507　伊豆市冷川1523-108　　Tel: 0558-83-2111　杉本

東部地区：社会福祉法人 富岳会　富岳の園

〒412-0033　御殿場市神山1925-1148　　Tel: 0550-87-0161　畑原

中部地区：社会福祉法人 明光会

〒421-1211　静岡市葵区慈悲尾180　　Tel: 054-278-7005　石田

中東遠地区：社会福祉法人 明和会　支援センターラック

〒437-0062　袋井市泉町2-10-13　　Tel: 0538-43-0826　榊原

西部地区：社会福祉法人 天竜厚生会　研修センター

〒434-0015　浜松市浜名区於呂4201-6　Tel: 053-583-1123　藤田

12．《個人情報の取り扱いについて》

本研修会の申込者にかかる個人情報は、個人情報保護法に基づき、適切に取り扱うこととしており、他の目的で使用することはありません。

参加者相互の情報交換、交流を円滑に行うことを目的として「参加者名簿」を作成し、当日参加者に配布します。参加者名簿には氏名のみを掲載します。

令和７年度 知的障害者等居宅介護職員初任者研修
受　講　申　込　書

令和７年度知的障害者等居宅介護職員初任者研修を受講したいので申し込みます。

受講希望会場＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名	（ふりがな）	性別		年齢	歳
		生年月日	昭和・平成　年　月　日		
住所	〒　－				
電話番号	固定電話		携帯番号		
学校、勤め先 通所先				学年 年生	
受講者の親族等、連絡先氏名	（ふりがな）	受講者との関係			
住所	〒　－ （受講生と住所が異なる場合に記入）				
電話番号	固定電話		携帯番号		
障害の程度についてご記入ください。					

※障害者手帳の写しを添付してください。