

お問い合わせ先
キューオーエルケアスクール
(株式会社キューオーエル)

担当: 六車

〒579-8026
大阪府東大阪市弥生町2-53
グランデュール弥生102号
TEL 072-981-7127
FAX 072-981-7174

mail info@qol-school.com
HP http://www.qol-school.com

誓約書

本講座は、社会人としての倫理観や常識をわきまえた方に、さらに質の高い介護職員として知識と技術を習得してもらい、介護福祉事業の一躍を担う人材を育成する事を目的としています。受講希望の皆様にも本講座の目的をご理解いただき、誓約書に署名・捺印をよろしくお願いいたします。

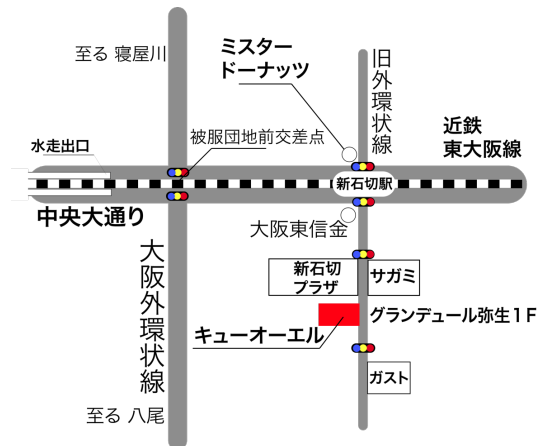
キューオーエル ケアスクール

私はキューオーエル介護職員初任者研修において社会人としての常識をわきまえ、他人に迷惑をかける事なく、学則を守り本講座の指示にしたがって受講する事を誓います。

令和 年 月 日

氏名

印



アクセス

- 近鉄新石切駅(地下鉄中央線)
出口南へ徒歩3分
- 阪神高速水走出口、被服団地交差点東へ
信号2つ目右折、200M 先 右手
- 路線バス
近鉄バス 枚岡車庫 下車南へ徒歩1分



教室



受付

介護職員初任者研修

受講案内

《通信制》



キューオーエル ケアスクール

介護職員初任者研修

介護職員初心者研修は、介護に携わる者が業務を遂行する上で必要な知識・技術とそれを実践する際の考え方のプロセスを身につけ、基本的な介護業務を行うことができるようにすることを目的として行われるものである。

大阪府知事の指定番号(No.7)により実施し、受講により取得したこの資格は 全国どこでも使用できます受講開始から約4ヶ月で講習修了し資格認定します

○通信制

各科目ごと上限を超えない範囲で通信学習を行うことができるようになっており、受講者の負担を減らし、自分の都合に合わせて効率的に学べます。自宅学習と並行してスクーリングにも参加していただけます。

○講義・演習

ベテラン講師の指導により教室で実際に体験学習を行います。少人数の授業できめ細かな指導を受ける事が出来ます。

○実習(職務の理解／振返り)

実際の福祉現場での介護を見学したり体験することを学習します。実習先に健康診断書を提出する必要がありますので、早めに診察を済ませ、事務局に提出をお願いします。

(診察料は自己負担になります)

○電話やFax・Mailを利用して質問や相談などの答えやすい体制を整えています

○受講コース

平日コース 週1～2日の平日を中心に受講
土日コース 土日／祝日を中心に受講
どちらのコースも原則的に am9:30～pm4:30

○補講について

やむを得ない事情で講義を欠席した場合は補講対応を行います。別途費用が必要となります。
一般補講 400円/h 実習 2000円

《受講案内》

募集要綱

【募集機関及び研修期間】 別紙参照

【募集定員】16名 (開講最少人数4名)

【募集資格】

開講日時点において満16歳以上の者で、福祉・介護の就業を希望している方

当教室、施設に通学可能な方

【実施場所】キューオーエル教室(裏面参照)

【受講料】 61,800円 実習費・教材費込み

(税込67,980円)

【割引制度】

卒業生紹介により受講申込みされまると

申込み料を2000円割引いたします。

【お支払方法】一括又は分割払い、クレジット可

(分割は3回迄、手数料¥1500別途必要です。

窓口でのお手続きとなります)

お申込み後 **7日以内** の窓口払いまたは銀行振込

(銀行振込の場合、振込手数料は自己負担となります)

ご入金のない場合はキャンセル扱いとなります

【受講料振込先】

三菱東京 UFJ 銀行 枚岡支店

普通口座 口座番号4604815

口座名義人 株式会社 キューオーエル

※ 一旦納入された受講料は、弊社の都合により受講が不可能になった場合を除き、お返し出来ませんので予めご了承下さい

《申し込み方法》

受講ご希望の方は右の受講願書に必要事項をご記入の上窓口もしくは郵送にてお申し込み下さい。

〒579-8026

大阪府東大阪市弥生町2-53

グランデュール弥生102号

キューオーエル ケアスクール 宛

申込順の受付になりますので、定員(16名)

になり次第次回以降の受付になります。

【本人確認について】

お申し込みの際に本人確認に関する書類(運転免許書証、健康保険証、パスポートなど氏名及び生年月日がわかる書類)を提示して頂きますようお願い致します。

【各種証明書について】

在学証明書、修了見込証明書など必要な方は、キューオーエル事務局までお問い合わせ下さい。

尚、修了見込証明書につきましては実習日決定後の受付となりますのでご了承下さい(1通500円)

TEL 072-981-7127

介護職員初任者研修 受講申込書 申込日 年 月 日			
私は下記の通りキューオーエル ケアスクールに、介護職員初任者研修の受講を申し込みます			
ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日
住所	〒		
連絡先	携帯電話	TEL/FAX	
	メール		
ご職業	1 学生 2 会社員 3 主婦 4 パート 5 自営業 6 アルバイト 7 介護職員(高齢者施設・障害者施設・病院) 8 その他()		
希望コース ()月	<input type="checkbox"/> 平日コース	在宅実習交通手段	
	<input type="checkbox"/> 土日コース	電車/バイク/自転車	
	<input type="checkbox"/> その他のコース	実習期間中の都合の悪い日時	
お支払方法	<input type="checkbox"/> 一括払い		
	<input type="checkbox"/> 分割払い()回	ご紹介者	
* 受講される方が18歳未満の場合は保護者様のご署名とご捺印をお願いします。			
保護者氏名		印	
会社記入欄			
受講番号	受講料支払方法	受付	確認書類
	C / BK		<input type="checkbox"/> 身分証明書
	受講料		<input type="checkbox"/> 健康診断書
	申込時		