

受講者  
募集

受講  
無料

# 介護サポート講習

あなたにも出来ることがあります。

～支援・介護の基本を学んで、地域で活躍しませんか～

講習日時	令和6年10月11日(金) 9時～12時30分
講習会場	防府市創業・交流センター(デザインプラザHOFU) 会議室1・2 (防府市八王子2-8-9)
申込締切日	10月1日(火) 必着 ※受講可否は締切後、通知します※
定員数	15名 ※申込多数の場合は、連合会基準で選考しますので、予めご了承下さい。
対象	防府市にお住まいの60歳以上の方でシルバー人材センターに入会を希望する方又は会員で職種転換を希望・一年間未就業の方。
申込方法	下記二次元コードからお申込み、又はハローワーク防府、防府市シルバー人材センターに備付けの申込書のご記入のうえ提出してください。(持参、FAX、郵送可)

公益社団法人 山口県シルバー人材センター連合会

お問合せ

〒753-0079 山口市糸米二丁目13-35 (県土連ビル1階) 平日 8:30～17:15

☎ 083-921-6070

FAX 083-921-6077



※諸般の事情により、延期又は中止する場合があります。

# 「介護サポート講習」カリキュラム

会場：防府市創業・交流センター会議室1.2  
(デザインプラザHOFU)

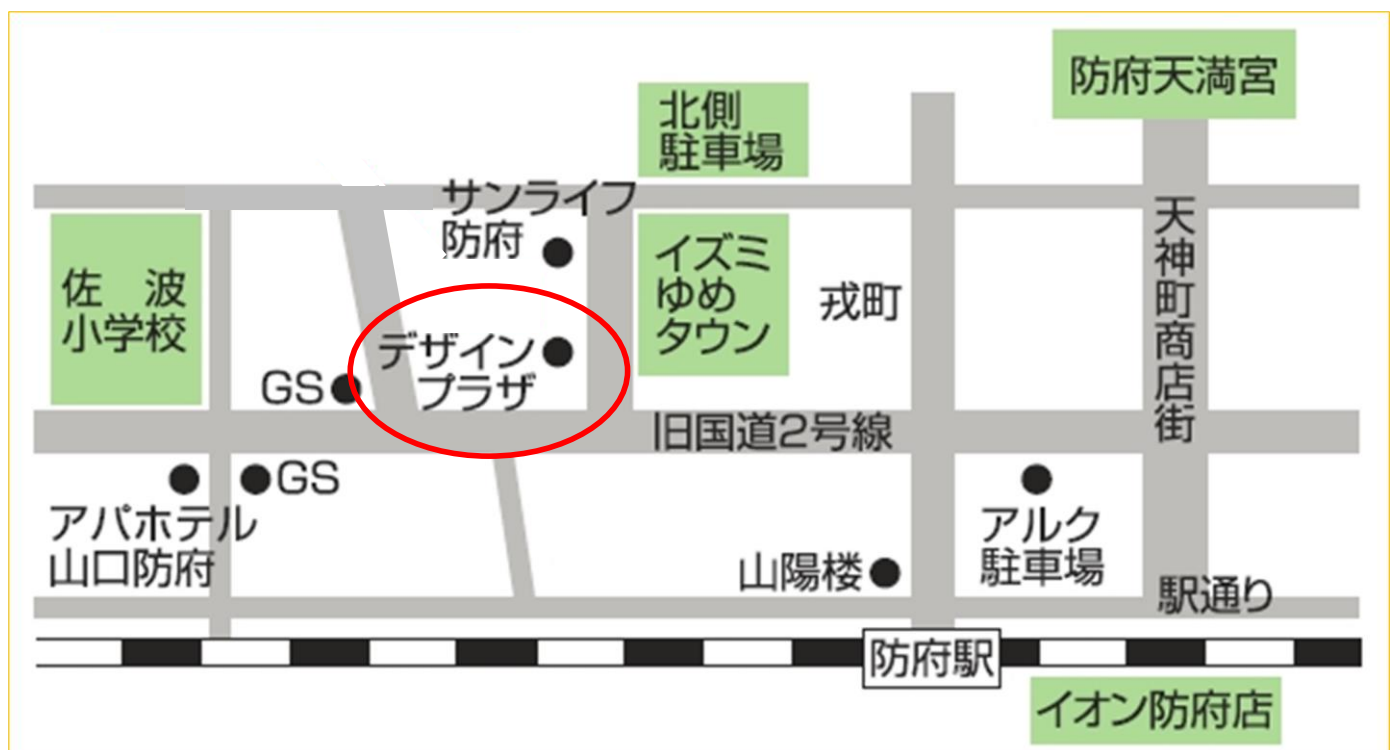
日 程		講 習 内 容	講習時間
10/11 (金)	9:00 ~ 12:30	開講 オリエンテーション  講義・演習 地域包括ケアシステムとは 基本的な介護の考え方 基本的な介護技術  ・寝返り ・起き上がり ・立ち上がり等 ・車いすの取扱い ・移乗 ・移動介助 等	3.5

※都合によりカリキュラムが変更になる場合があります※

**マスク着用、動きやすい服装、水分補給の飲み物 をご用意ください。**

## 会場図

防府市八王子2-8-9



## 受講申込書

公益社団法人 山口県シルバー人材センター連合会 宛

申込年月日：令和 年 月 日

講習名	介護サポート講習（防府会場）		
氏名	生年月日	年齢	性別
(フリガナ)	昭和 年 月 日	歳	男・女
住所	〒 -		
電話番号	自宅	-	携帯
	-	-	-
※ メールアドレス ※	@		
講習をどこでお知りになりましたか (該当する口に✓)	<input type="checkbox"/> 市町広報誌 <input type="checkbox"/> 新聞折込 <input type="checkbox"/> 地域の情報誌 <input type="checkbox"/> TVCM <input type="checkbox"/> ハローワーク（公共職業安定所） <input type="checkbox"/> シルバー人材センター <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> その他（ ）		
シルバー人材センターのイメージや期待することについてご回答ください。 (複数選択可、該当する口に✓)	<input type="checkbox"/> 友達（仲間）を作りたい <input type="checkbox"/> 健康維持 <input type="checkbox"/> 収入を得たい <input type="checkbox"/> 生きがいづくり <input type="checkbox"/> 自分の能力を生かせる <input type="checkbox"/> 新たな分野で働くことへの挑戦 <input type="checkbox"/> 生活のリズム <input type="checkbox"/> 地域社会への貢献 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
◎申込みの動機について（受講者選考の際に使用しますので具体的にお願いします。）			
◎現在シルバー人材センターの会員ですか。 (該当する口に✓)			
		( <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ )
「はい」の方 (該当する口に✓)	○昨年度1年間就業していませんか。	( <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ )
	○職種転換の意思がありますか。	( <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ )
<b>※職種転換希望の会員の方、昨年度1年間就業していない会員の方が受講の対象者となります。</b>			
	○シルバー人材センターに入会の意思がありますか。	( <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ )
	○シルバー人材センターの入会説明会を受けられましたか	( <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ )
「いいえ」の方 (該当する口に✓)	「はい」の方 : いつ受けられましたか	( <input type="checkbox"/> はい	月頃 )
	入会手続きはされましたか	( <input type="checkbox"/> はい	月頃 <input type="checkbox"/> いいえ )
	「いいえ」の方 : 受けられる予定はありますか	( <input type="checkbox"/> はい	月頃 <input type="checkbox"/> いいえ )
<b>※受講後に、地域のシルバー人材センターの会員になって就業いただける方が受講の対象者となります。</b>			
◎受講終了後の働き方について			
1、今まで経験した主な仕事	① ( )	② ( )	
2、今後希望する仕事	① ( )	② ( )	
3、週に何日程度働くことができますか。	( )	日程度	
◎シルバー人材センターへのご意見・ご要望などあればお聞かせください。			

- ・個人情報の取扱いについては、「個人情報保護方針」を当連合会のホームページ等でご確認ください。
  - ・ご記入いただいた個人情報は、入会勧奨、就業状況調査等のため、在住のシルバー人材センター及び本事業の委託者である厚生労働省山口労働局において使用することがありますので、あらかじめご了承ください。
- この取扱いについて、同意できましたら、次の署名欄に自署願います。

令和 年 月 日

ご署名

実施当日、発熱や具合が悪い等、体調不良の方は受講・受講をご遠慮いただきますようお願いいたします。

【問合せ先】 公益社団法人 山口県シルバー人材センター連合会

TEL:083-921-6070

FAX:083-921-6077