

シルバー人材センターで働くための技能講習

受講
無料

60歳
以上の方

介護サポート講習

受講生募集

日時 **10月20日(火)** 9:00~12:30

会場 防府市シルバー人材センター(2階 会議室)
(防府市八王子 2-8-9)

定員 **10人** 締切 **10月13日(火)必着**

対象

次の①または②いずれかに該当する方

- ① シルバー人材センターに入会し 就業可能な山口県在住の **60歳以上**
- ② 職種転換希望または1年間未就業シルバー会員

申込方法

- 右記二次元コード、または受講申込書を下記へ郵送またはFAX
- 申込締切後、受講可否を郵送で通知します。
※諸般の事情により延期または中止することがあります。



- ✓ 今回の講習では、高齢化社会の現状や介護認定の仕組み、要介護者と接する上での留意点、また、介護の現場で使われる機器類(車椅子等)など、介護サポートの仕事に携わるうえで必要となる知識を、幅広く学ぶことができます。

- ✓ シルバー人材センターで行う介護サポートの仕事では、原則として「身体介護」はおこないません。



申込み 問合せ

主催：(公社) 山口県シルバー人材センター連合会

〒753-0079 山口市系米2丁目 13-35 (平日 8:30~17:15)

TEL 083-921-6070 FAX 083-921-6077

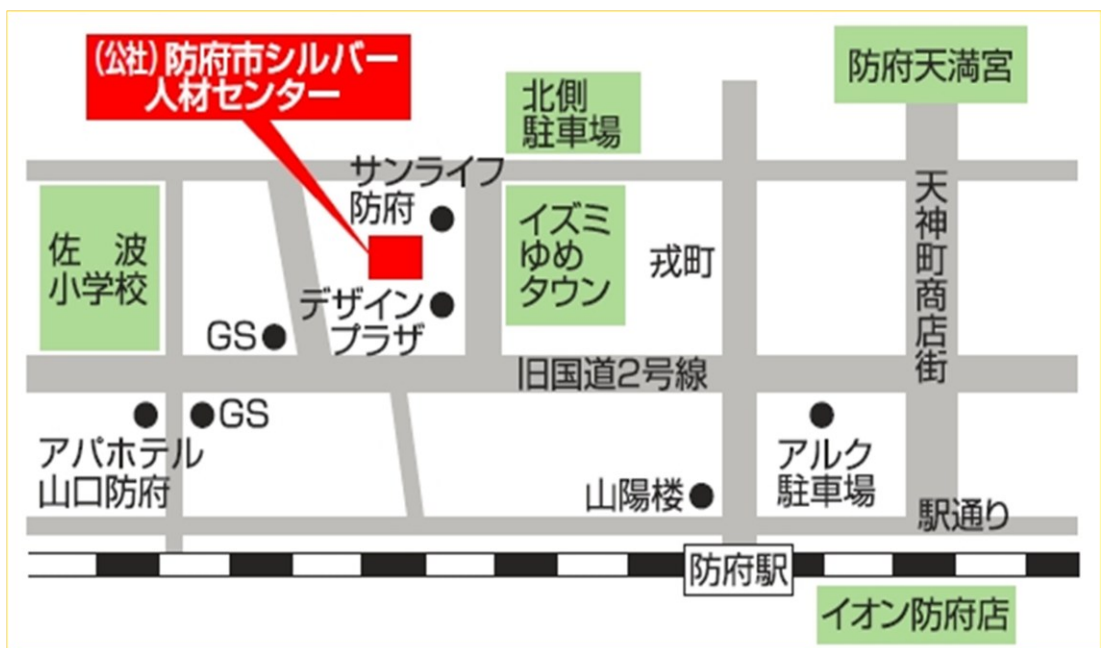
協力：(公社) 防府市シルバー人材センター

「介護サポート講習」カリキュラム

会場：防府市シルバー人材センター2階 会議室

日 程		講 習 内 容	講習時間
10/20(火)	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 ・車いすの取扱い 高齢者への接し方	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※



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	-	-	
講習会をどこでお知りになりましたか (該当する口に✓)		☐ 市町広報誌 ☐ 新聞折込 ☐ 地域の情報誌 ☐ TVCM ☐ ハローワーク（公共職業安定所） ☐ シルバー人材センター ☐ ホームページ ☐ 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✓)		☐ 友達（仲間）を作りたい ☐ 健康維持 ☐ 収入を得たい ☐ 生きがいづくり ☐ 自分の能力を生かせる ☐ 新たな分野で働くことへの挑戦 ☐ 生活のリズム ☐ 地域社会への貢献 ☐ その他（ ）					
◎申込みの動機について（受講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✓) (☐ はい ☐ 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。 (☐ はい ☐ いいえ) ○職種転換の意思がありますか。 (☐ はい ☐ いいえ) ※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。					
「いいえ」の方 (該当する口に✓)		○シルバー人材センターに入会の意思はありますか。 (☐ はい ☐ 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 (☐ はい ☐ いいえ) 「はい」の方 : いつ受けられましたか (☐ はい 月頃) 入会手続きはされましたか (☐ はい 月頃 ☐ いいえ) 「いいえ」の方 : 受けられる予定はありますか (☐ はい 月頃 ☐ いいえ) ※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。					
◎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。							
※個人情報の取り扱いについては、「個人情報保護方針」を当連合会のホームページでご確認ください。 ※ご記入いただいた個人情報は、入会案内、就業状況調査等のため、お住まいの地域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							

〔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