

福祉有償運送運転者講習のご案内

★介護の移動サービス(通院等乗降介助等)

の業務を行う際に必要な資格です。



福祉施設等で移動サービス業務に従事する際に必要とされる基礎的知識及び技術を習得することが目的の「国土交通大臣認定講習」です。国土交通大臣認定の講習実施機関に委託して実施いたします。

受講資格者 次の資格を取得している方

・福祉有償運送運転者講習コース

第1種運転免許をお持ちで、かつ下記の①～⑤のいずれかの資格を有する方

- ① 介護職員初任者研修(旧介護員(ヘルパー)2級以上) ② 介護福祉士
③ 介護支援専門員 ④ 看護師・准看護師 ⑤ 介護福祉士実務者研修修了者

日程	令和4年7月15日(金)	定員	15名 ※4名以上の応募者がいない場合には中止となります。
申込締切	令和4年6月30日(木)		
時間帯	9:00～17:30	当日持参するもの	1. 運転免許証 (講習内で、実際に公道を運転いたします) 2. ノート・筆記具
受講料	18,000円	センター会員企業	16,000円

講習委託先

(株) ファミリーケアサポート

申し込みの際は・・・

「受講申込書」に必要事項をご記入いただき、運転免許証と福祉・医療関係の資格証明書のコピーを添付の上、**パワスポ留萌**(留萌地域人材開発センター)まで郵送又はご持参ください。

●受講料は、申込締切日までにご持参いただくか下記口座までご入金ください。

講習開講日当日及びそれ以降の受講取り消しはご遠慮下さい。

この場合、受講料はお返しできませんのでご注意ください。

受講料振込先：□ 座名 (公社)留萌地域人材開発センター運営協会
留萌信用金庫 本店 (普) 3041178



パワスポ留萌

(公社)留萌地域人材開発センター運営協会

留萌市南町1丁目17番地 TEL 0164-42-0348

FAX 0164-42-3973

※ 受付：月～金曜日(祝祭日を除く)、9時から17時まで

職業訓練受講申込書

令和4年 月 日

受講講座名	福祉有償運送運転者講習【7/15】
(ふりがな) 受講者氏名	
性別	男 ・ 女 (該当する項目をマルで囲んで下さい。)
住所	〒
電話番号	
生年月日	・ ・
勤務先	
勤務先住所 (電話番号)	TEL
担当者氏名	(事業所で、受講者ご本人以外の方がお申込みになる場合にはご記入ください)
受講料支払方法 該当個所に☑を おつけください	<input type="checkbox"/> 申込書に添えて支払 <input type="checkbox"/> 口座振込み (支払日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 現金払い (支払日: 年 月 日)
このお申込用紙に、『 <u>自動車運転免許証のコピー(裏表)</u> 』と 『 <u>福祉系資格の資格証のコピー</u> 』を添付し、お申し込みください。 関係する資格の証明(コピー等)がない場合、受講を受け付けられない場合があります。	