ヒューマンケアスクール大分

令和8年度 介護福祉士実務者研修

1. 無資格者向け6ヶ月講座

■受講料 110.000円＋13,000円(テキスト代)　　合計 135,300円(税込)

講座名	オリエンテーション	介護課程							医療的ケア			
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫
A−6	4/6（月）	7/21（火）	7/28（火）	8/4（火）	8/18（火）	8/25（火）	9/1（火）	9/8（火）	9/15（火）	9/29（火）	A10/6(火) B10/8(木)	A10/13(火) B10/15(木)
B−6	6/8（月）	10/9（金）	10/16（金）	10/23（金）	10/30（金）	11/6（金）	11/13（金）	11/20（金）	11/27（金）	12/4（金）	A12/11(金) B12/15(火)	A12/18(金) B12/22(火)

2. 有資格者向け3ヶ月講座

■ヘルパー2級・介護職員初任者研修修了者
受講料 90,000円＋13,000円(テキスト代)　　合計 113,300円(税込)

■介護職員基礎研修修了者
受講料 30,000円＋2,800円(テキスト代)　　合計 36,080円(税込)

講座名	オリエンテーション	介護課程							医療的ケア			
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫
A−3	7/1（水）	7/21（火）	7/28（火）	8/4（火）	8/18（火）	8/25（火）	9/1（火）	9/8（火）	9/15（火）	9/29（火）	A10/6(火) B10/8(木)	A10/13(火) B10/15(木)
B−3	9/7（月）	10/9（金）	10/16（金）	10/23（金）	10/30（金）	11/6（金）	11/13（金）	11/20（金）	11/27（金）	12/4（金）	A12/11(金) B12/15(火)	A12/18(金) B12/22(火)

通常価格よりお得な割引実施中‼
それぞれ10,000円OFF

【早 期 割 引】3ヶ月前よりお申込みの方
【ペア受講割引】お友達とお二人で同時お申し込みの方
【ご紹介割引】当校出身者・関係者からご紹介された方
【卒業生割引】当スクールで講座を受講したことがある方

無資格者向け6ヶ月
135,300円→115,300円

初任者・ヘルパー2級有資格者向け3ヶ月
113,300円→93,300円

最大20,000円OFF‼

さらに
介護福祉士国家試験対策講座
15,000円→10,000円

5,000円OFF‼

自宅で自分のペースで学びたい方に。**ヒューマンケアスクール大分**の《通信講座＋通学 12 日間》

実務者研修（通信課程）

仕事しながら 3ヶ月講座 6ヶ月講座 受講できる 受講生募集

受講期間	6ヶ月講座 2026年4月6日（月）～10月15日（木） 3ヶ月講座 2026年7月1日（水）～10月15日（木）
通学日数	12日間（1日オリエンテーション＋11日通学課程） ※仕事を続けながら受講可能な時間設定となっています
通信課題	各指定期間内に提出していただきます
スクーリング受講施設	**ヒューマンケアスクール大分** 〒870-0026 大分市金池町 2-14-23 谷口ビル（国道 10 号線沿い） TEL：097-529-7277　FAX：097-529-7276
受講料	6ヶ月講座 下記資格をお持ちでない方 110,000円（税別） 3ヶ月講座 ヘルパー 2 級・介護職員初任者研修修了者 90,000円（税別） 今だけのキャンペーンプライス ※いずれも別途テキスト代 13,000 円（税別）
定　員	30 名（申し込み順に受講マニュアルを送付いたします）

「実務者研修」は、これから介護福祉士を受験するために必須の研修です。

実務者研修 修了で
受験資格 取得 ＋ 実技試験 免除
介護福祉士の資格取得へ！

実務経験ルートで介護福祉士を目指す方は
今後すべての受験者が実務経験 3 年以上に加え
「実務者研修」の修了が
介護福祉士国家試験の受験資格として必要になります。

お申し込みは下記まで。お気軽にお問い合わせください

実務者研修 実施施設
ヒューマンケアスクール大分
〒870-0026 大分市金池町 2-14-23 谷口ビル
（担当：赤嶺）

TEL 097-529-7277
FAX 097-529-7276
（受付時間：土日祝日を除く午前 9 時～午後 5 時）
http://www.humancare-school.jp

ヒューマンケアスクール大分

介護福祉士 実務者研修（通信課程）受講申込書

●受講申込者　　令和　　年　　月　　日

ふりがな		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日（　　歳）
氏　名		性　別	男　　女
住　所 連絡先	〒　　TEL：		

●所属先施設・事業所

事業所名	
所在地 連絡先	〒　　TEL：　　FAX：

●受講申し込みチェック　※該当欄に☑を入れて必要事項にご記入ください

受講講座	3ヶ月講座 ☐ 7月開講 ☐ 9月開講　6ヶ月講座 ☐ 4月開講 ☐ 6月開講	介護経験	☐ あり（実務経験　　年　　ヶ月） ☐ なし
所持資格	☐ 初任者研修（ヘルパー2級）　☐ その他（　　）　☐ なし		
12日間のスクーリング全日程への参加	☐ はい、参加できます　☐ いいえ、参加できません		
介護福祉士国家試験	☐ 受験します　☐ 受験しません　※申し込みは各自でお願いいたします		
受講動機 （学びたいことなど）			

●職歴　※任意でご記入ください

職　種（社 名）	在　籍　期　間
	年　月　～　年　月
	年　月　～　年　月
	年　月　～　年　月

●助成金の活用　※任意で該当欄に☑を入れてください

人材開発支援助成金	☐ 申請します　☐ 申請しません	一般教育訓練給付金	☐ 申請します　☐ 申請しません