

●事業者様、受講者様(各位) FAXにて情報提供させていただきます。

徳島県知事
指定第4002号

介護福祉士実務者研修 (通信課程)

<令和7年度・上半期>5月受講生募集!!

本課程の特色
本課程の特典

- 年4回(5・8・11・3月)開講。安心!!受講者が少人数でも開講致します。
- 自宅学習+スクーリング(通学11回)=就労中でも無理のない受講が可能!

通学■火曜19:00~22:00(5回)、土曜9:00~16:00(6回) ※医療的ケアのみ日曜8時間

- ★15歳以上の者受講可能。<介護福祉士への最短距離>(要介護経験3年)です!
- ★修了者は、在宅・施設福祉現場での<上位の介護専門資格>が得られます!
- ★修了者は、「介護福祉士受験資格」が得られます!(但し、介護経験3年必要)
- ★修了者は、訪問介護事業の「サービス提供責任者任用資格」が得られます!

受講資格
(留意事項)

- 15歳以上の方ならどなたでも受講可能。但し、18歳未満の方は、保護者の同意が必要です。
- 介護員2級・介護職員初任者研修等、修了者は科目免除があります。
- 修業年限は原則6ヶ月です。但し、初任者研修等、有資格者は少し早く修了可能です。
- 尚、下半期の通学日程は、就労等に無理のない6ヶ月で編成しております。

開講日程
受講締切
授業の流れ

開講日程	定員	修業期間	開講式	スクーリング期間	閉講式	修業年限
5月開講	20名	5/1-10/31	5月1日	5/27-10/12 全11回(月3・4回)	10月31日	原則:6ヶ月 但し、有資格者 1ヶ月以上で修了可。

※募集期間(開講日の6ヶ月前) ※募集締切(開講1週間前) ※閉講・開講式:日程表参照 ※有資格者は全科目修了時。
※スクーリング(通学)は、火曜19:00~22:00、土曜09:00~16:00(全11回) (注)医療的ケア、日曜8時間

①申込 → ②決定通知 → ③受講費 → ④開講オリエンテーション(教材配布) → ⑤通信課題提出・通学 → ⑥修了

(注)受講費(テキスト・税込)は、開講3日前までに完納。(注)受講費用の分納には、事務手数料が5%が含まれています。

受講費用
(受講費分納)
一部割引制度
受講費振込

受講区分	受講費用(税込)	受講料分納			受講費用の一部割引		
無資格者	¥160,000	初回金	¥68,000	残金	¥25,000	4回	1、弊社介護員等修了者(10%割引)
訪問介護員3級研修	¥160,000	初回金	¥68,000	残金	¥25,000	4回	2、2~3名グループ受講(10%割引)
訪問介護員2級研修	¥140,000	初回金	¥47,000	残金	¥25,000	4回	3、4名以上グループ受講(20%割引)
介護職員初任者研修	¥140,000	初回金	¥47,000	残金	¥25,000	4回	4、事業所受講4名~(20%割引)
訪問1級・看護師	¥70,000	(適用なし)					5、高校等学生受講割引(10%割引)
介護職員基礎研修	¥35,000	(適用なし)					(注)受講費分納には適用いたしません。

振込口座 香川銀行 鳴門支店(普通)1255491

口座名義 株式会社 総合医療
代表取締役 國見朋弘

(注)受講料の払い戻しは、理由の如何を問わずありません。



指定事業者

〒771-0201 徳島県板野郡北島町北村字東蛭子88番地5
株式会社 総合医療
TEL(088)661-6027 FAX(088)661-6028
e-mail:kaigo@kaigobin.com
詳細は、HPで閲覧できます。下記で検索検下さい!!

株式会社総合医療 検索

※切り取らず、必要事項をご記入の上、このままFAX送信下さい。(2級修了等、一部受講免除の方は、修了証書のコピーも必ず添付してFAXして下さい)

受講申込欄 □令和7年5月受講生 FAX受講申込書(088)661-6028

ふりがな		性別	生年月日	■受講費用の一部割引適用欄(該当欄□にレ印を記入)		
氏名	印	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/>	弊社介護員等修了者(10%割引)	修了書コピー
		<input type="checkbox"/> 女	年 月 日	<input type="checkbox"/>	2~3名グループ受講(10%割引)	()名下記記入
住所	〒	取得資格(証書必須)	町 字	<input type="checkbox"/>	4名以上グループ受講(20%割引)	()名下記記入
	県			<input type="checkbox"/>	事業所受講4名~(20%割引)	()名下記記入
	市・郡			<input type="checkbox"/>	高校等学生受講割引(10%割引)	学生証添付
丁目	番地	AP・M	号室	※グループ、事業所受講の方は、下記に氏名のみ記入、別途人数分申込み作成。		
連絡	携帯	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級	氏名	氏名		
	自宅	<input type="checkbox"/> 初任者 <input type="checkbox"/> 基礎研修	氏名	氏名		
	e-mail		氏名	氏名		
受講費支払方法	<input type="checkbox"/> 一括支払い <input type="checkbox"/> 分納支払い		氏名	氏名		
保護者同意欄(18歳未満の方は署名・捺印下さい)			事業所名	ご担当:		
保護者氏名: 印			住所	TEL		

介護福祉士実務者研修 (通信課程)

◎国家試験必須資格です!! ◎早めに受講し受験対策に備えて下さい!!
<令和7年度>サテライト勝浦校(6月受講生)募集!!

本課程の特色
本課程の特典

- 年1回、6月開講。但し、受講者が定員に満たない場合閉講。
- 自宅学習+スクーリング(通学11回)=就労中でも無理のない受講が可能!

通学 火曜19:00~22:00(5回)、日曜9:00~16:00(6回) ※医療的ケアのみ8時間

- ★15歳以上の者受講可能。<介護福祉士への最短距離>(要介護経験3年)です!
- ★修了者は、在宅・施設福祉現場での<上位の介護専門資格>が得られます!
- ★修了者は、「介護福祉士受験資格」が得られます!(但し、介護経験3年必要)
- ★修了者は、訪問介護事業の「サービス提供責任者任用資格」が得られます!

受講資格
(留意事項)

- 15歳以上の方ならどなたでも受講可能。但し、18歳未満の方は、保護者の同意が必要です。
- 介護員2級・介護職員初任者研修等、修了者は科目免除があります。
- 修業年限は原則6ヶ月です。但し、初任者研修等、有資格者は1ヶ月以上で修了可能です。
- 尚、下半期の通学日程は、就労等に無理のない6ヶ月で編成しております。

開講日程
受講締切
授業の流れ

開講日程	定員	修業期間	開講式	スクーリング期間	閉講式	修業年限
6月開講	20名	6/1-11/30	6月1日	6/24-11/9	11月30日	原則:6ヶ月 但し、有資格者 1ヶ月以上で修了可。

※募集期間(開講日の6ヶ月前) ※募集締切(開講1週間前) ※閉講・開講式:19-20 ※有資格者は全科目修了時。
 ※スクーリング(通学)は、火曜19:00~22:00、日曜09:00~16:00(全11回) (注)医療的ケアのみ8時間
 ①申込 → ②決定通知 → ③受講費 → ④開講オリエンテーション(教材配布) → ⑤通信課題提出・通学 → ⑥閉講式(6ヶ月)

受講費用
(受講費分納)
一部割引制度
受講費振込

(注)受講費(テキスト・税込)は、開講3日前までに完納。(注)受講費用の分納には、事務手数料が5%が含まれています。

受講区分	受講費用(税込)	受講料分納(5回)				受講費用の一部割引
無資格者	¥160,000	初回金 ¥68,000	残金 ¥25,000	4回	1、弊社介護員等修了者(10%割引)	
訪問介護員3級研修	¥160,000	初回金 ¥68,000	残金 ¥25,000	4回	2、2~3名グループ受講(10%割引)	
訪問介護員2級研修	¥140,000	初回金 ¥47,000	残金 ¥25,000	4回	3、4名以上グループ受講(20%割引)	
介護職員初任者研修	¥140,000	初回金 ¥47,000	残金 ¥25,000	4回	4、事業所受講4名~(20%割引)	
訪問介護員1級研修	¥70,000	(適用なし)				5、高校等学生受講割引(10%割引)
介護職員基礎研修	¥35,000	(適用なし)				6、その他受講免除(要相談)
准・看護師・助産師	¥70,000	(適用なし)				(注)受講費分納には適用いたしません。

振込口座
香川銀行 鳴門支店(普通)1255491
株式会社 総合医療
代表取締役 國見朋弘

受講場所

徳島県勝浦郡勝浦町大字棚野字竹国13番地の1
社会福祉法人勝寿会 特別養護老人ホーム 喜楽苑

●特別養護老人ホーム喜楽苑

■勝浦病院

■勝浦町役場

指定事業者

〒771-0201徳島県板野郡北島町北村字東蛭子88番地5
株式会社 総合医療
TEL(088)661-6027 FAX(088)661-6028
e-mail:kaigo@kaigobin.com

詳細は、HPで閲覧できます。下記で検索検下さい!!

株式会社総合医療

検索

※切り取らず、必要事項をご記入の上、このままFAX送信下さい。(2級修了等、一部受講免除の方は、修了証書のコピーも必ず添付してFAXして下さい)

受講申込欄		サテライト勝浦校 □6月生		FAX受講申込書(088)661-6028	
ふりがな		性別	生年月日	●受講費用の一部割引適用欄(該当欄□にレ印を記入)	
氏名	印	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/>	弊社介護員等修了者(10%割引) 修了書コピー
		<input type="checkbox"/> 女	年 月 日	<input type="checkbox"/>	2~3名グループ受講(10%割引) ()名下記記入
				<input type="checkbox"/>	4名以上グループ受講(20%割引) ()名下記記入
住所	〒			<input type="checkbox"/>	事業所受講4名~(20%割引) ()名下記記入
	県	市・郡	町	<input type="checkbox"/>	高校等学生受講割引(10%割引) 学生証添付
	丁目	番地	AP・M	号室	
連絡	携帯	取得資格(証書必須)		※グループ、事業所受講の方は、下記に氏名のみ記入、別途人数分本申込み作成。	
	自宅	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	氏名
	e-mail	<input type="checkbox"/> 初任	<input type="checkbox"/> 基礎	<input type="checkbox"/> 看護	氏名
受講費支払方法	<input type="checkbox"/> 一括支払い		<input type="checkbox"/> 分納支払い		氏名
保護者同意欄(18歳未満の方は署名・捺印下さい)				事業所名	ご担当:
保護者氏名:		印	住所	TEL	

介護福祉士実務者研修 (通信課程)

◎国家試験必須資格です!! ◎早めに受講し受験対策に備えて下さい!!

<令和7年度>サテライト日和佐校(7月受講生)募集!!

本課程の特色
本課程の特典

- 年1回、7月開講。但し、受講者が定員に満たない場合閉講。
- 自宅学習+スクーリング(通学11回)=就労中でも無理のない受講が可能!

通学 火曜18:30~21:30(5回)、土曜9:00~16:00(6回) ※医療的ケアのみ日曜8時間

- ★15歳以上の者受講可能。<介護福祉士への最短距離>(要介護経験3年)です!
- ★修了者は、在宅・施設福祉現場での<上位の介護専門資格>が得られます!
- ★修了者は、「介護福祉士受験資格」が得られます!(但し、介護経験3年必要)
- ★修了者は、訪問介護事業の「サービス提供責任者任用資格」が得られます!

受講資格
(留意事項)

- 15歳以上の方ならどなたでも受講可能。但し、18歳未満の方は、保護者の同意が必要です。
- 介護員2級・介護職員初任者研修等、修了者は科目免除があります。
- 修業年限は原則6ヶ月です。但し、初任者研修等、有資格者は1ヶ月以上で修了可能です。
- 尚、下半期の通学日程は、就労等に無理のない6ヶ月で編成しております。

開講日程
受講締切
授業の流れ

開講日程	定員	修業期間	開講式	スクーリング期間	閉講式	修業年限
7月開講	20名	7/1-12/31	7月1日	8/5-12/21	12月31日	原則:6ヶ月 但し、有資格者 1ヶ月以上で修了可。

※募集期間(開講日の6ヶ月前) ※募集締切(開講1週間前) ※閉講・開講式:19-20 ※有資格者は全科目修了時。
※スクーリング(通学)は、火曜18:30~21:30、土曜09:00~16:00(全11回) (注)医療的ケアのみ日曜8時間
①申込 → ②決定通知 → ③受講費 → ④開講オリエンテーション(教材配布) → ⑤通信課題提出・通学 → ⑥閉講式(6ヶ月)

受講費用
(受講費分納)
一部割引制度
受講費振込

(注)受講費(テキスト・税込)は、開講3日前までに完納。(注)受講費用の分納には、事務手数料が5%が含まれています。

受講区分	受講費用(税込)	受講料分納(5回)				受講費用の一部割引
無資格者	¥160,000	初回金 ¥68,000	残金 ¥25,000	4回	1、弊社介護員等修了者(10%割引)	
訪問介護員3級研修	¥160,000	初回金 ¥68,000	残金 ¥25,000	4回	2、2~3名グループ受講(10%割引)	
訪問介護員2級研修	¥140,000	初回金 ¥47,000	残金 ¥25,000	4回	3、4名以上グループ受講(20%割引)	
介護職員初任者研修	¥140,000	初回金 ¥47,000	残金 ¥25,000	4回	4、事業所受講4名~(20%割引)	
訪問介護員1級研修	¥70,000	(適用なし)				5、高校等学生受講割引(10%割引)
介護職員基礎研修	¥35,000	(適用なし)				6、その他受講免除(要相談)
准・看護師・助産師	¥70,000	(適用なし)				(注)受講費分納には適用いたしません。

振込口座
香川銀行 鳴門支店(普通)1255491
株式会社 総合医療
代表取締役 國見朋弘

(注)受講料の払い戻しは、理由の如何を問わずありません。

【研修会場】海部郡美波町西河内字丹前106-1

指定事業者

〒771-0201 徳島県板野郡北島町北村字東蛭子88番地5
株式会社 総合医療
TEL(088)661-6027 FAX(088)661-6028
e-mail:kaigo@kaigobin.com

詳細は、HPで閲覧できます。下記で検索検下さい!!

株式会社総合医療

検索

■社会福祉法人東紅会
地域交流ホーム

● 特別養護老人ホーム

仁薬王寺

高知

徳島

※切り取らず、必要事項をご記入の上、このままFAX送信下さい。(2級修了等、一部受講免除の方は、修了証書のコピーも必ず添付してFAXして下さい)

受講申込欄		サテライト日和佐校 □7月生		FAX受講申込書(088)661-6028	
ふりがな		性別	生年月日	●受講費用の一部割引適用欄(該当欄□にレ印を記入)	
氏名	印	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/>	弊社介護員等修了者(10%割引) 修了書コピー
		<input type="checkbox"/> 女	年 月 日	<input type="checkbox"/>	2~3名グループ受講(10%割引) ()名下記記入
				<input type="checkbox"/>	4名以上グループ受講(20%割引) ()名下記記入
住所	〒			<input type="checkbox"/>	事業所受講4名~(20%割引) ()名下記記入
	県	市・郡	町	<input type="checkbox"/>	高校等学生受講割引(10%割引) 学生証添付
	丁目	番地	AP・M	号室	
連絡	携帯	取得資格(証書必須)		※グループ、事業所受講の方は、下記に氏名のみ記入、別途人数分本申込み作成。	
	自宅	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	氏名
	e-mail	<input type="checkbox"/> 初任	<input type="checkbox"/> 基礎	<input type="checkbox"/> 看護	氏名
受講費支払方法	<input type="checkbox"/> 一括支払い		<input type="checkbox"/> 分納支払い		氏名
保護者同意欄(18歳未満の方は署名・捺印下さい)				事業所名	ご担当:
保護者氏名: 印				住所	TEL

●事業者様、受講者様(各位) FAXにて情報提供させていただきます。

徳島県知事
指定第4002号

介護福祉士実務者研修 (通信課程)

<令和7年度・上半期>8月受講生募集!!

本課程の特色
本課程の特典

●年4回(5・8・11・3月)開講。安心!!受講者が少人数でも開講致します。

●自宅学習+スクーリング(通学11回)=就労中でも無理のない受講が可能!

通学■火曜19:00~22:00(5回)、土曜9:00~16:00(6回) ※医療的ケアのみ日曜8時間

★15歳以上の者受講可能。<介護福祉士への最短距離>(要介護経験3年)です!

★修了者は、在宅・施設福祉現場での<上位の介護専門資格>が得られます!

★修了者は、「介護福祉士受験資格」が得られます!(但し、介護経験3年必要)

★修了者は、訪問介護事業の「サービス提供責任者任用資格」が得られます!

受講資格
(留意事項)

○15歳以上の方ならどなたでも受講可能。但し、18歳未満の方は、保護者の同意が必要です。

○介護員2級・介護職員初任者研修等、修了者は科目免除があります。

○修業年限は原則6ヶ月です。但し、初任者研修等、有資格者は少し早く修了可能です。

○尚、下半期の通学日程は、就労等に無理のない6ヶ月で編成しております。

開講日程
受講締切
授業の流れ

開講日程	定員	修業期間	開講式	スクーリング期間	閉講式	修業年限
8月開講	20名	8/1-1/31	8月1日	9/30-1/18 全11回(月3・4回)	1月31日	原則:6ヶ月 但し、有資格者 1ヶ月以上で修了可。

※募集期間(開講日の6ヶ月前) ※募集締切(開講1週間前) ※閉講・開講式:日程表参照 ※有資格者は全科目修了時。

※スクーリング(通学)は、火曜19:00~22:00、土曜09:00~16:00(全11回)(注)医療的ケア、日曜8時間

①申込 → ②決定通知 → ③受講費 → ④開講オリエンテーション(教材配布) → ⑤通信課題提出・通学 → ⑥修了

(注)受講費(テキスト・税込)は、開講3日前までに完納。(注)受講費用の分納には、事務手数料が5%が含まれています。

受講費用
(受講費分納)
一部割引制度
受講費振込

受講区分	受講費用(税込)	受講料分納			受講費用の一部割引		
無資格者	¥160,000	初回金	¥68,000	残金	¥25,000	4回	1、弊社介護員等修了者(10%割引)
訪問介護員3級研修	¥160,000	初回金	¥68,000	残金	¥25,000	4回	2、2~3名グループ受講(10%割引)
訪問介護員2級研修	¥140,000	初回金	¥47,000	残金	¥25,000	4回	3、4名以上グループ受講(20%割引)
介護職員初任者研修	¥140,000	初回金	¥47,000	残金	¥25,000	4回	4、事業所受講4名~(20%割引)
訪問1級・看護師	¥70,000	(適用なし)					5、高校等学生受講割引(10%割引)
介護職員基礎研修	¥35,000	(適用なし)					(注)受講費分納には適用いたしません。

振込口座 香川銀行 鳴門支店(普通)1255491

口座名義 株式会社 総合医療
代表取締役 國見朋弘

(注)受講料の払い戻しは、理由の如何を問わずありません。

指定事業者

〒771-0201 徳島県板野郡北島町北村字東蛭子88番地5
株式会社 総合医療
TEL(088)661-6027 FAX(088)661-6028
e-mail:kaigo@kaigobin.com
詳細は、HPで閲覧できます。下記で検索検下さい!!

株式会社総合医療 検索



※切り取らず、必要事項をご記入の上、このままFAX送信下さい。(2級修了等、一部受講免除の方)

受講申込欄 □令和7年8月受講生 FAX受講申込書(088)661-6028

ふりがな		性別	生年月日	■受講費用の一部割引適用欄(該当欄口にレ印を記入)					
氏名	印	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/>	弊社介護員等修了者(10%割引)	修了書コピー			
		<input type="checkbox"/> 女	年 月 日	<input type="checkbox"/>	2~3名グループ受講(10%割引)	()名下記記入			
住所	〒	取得資格(証書必須)	取得資格(証書必須)	<input type="checkbox"/>	4名以上グループ受講(20%割引)	()名下記記入			
	県			市・郡	町	字	<input type="checkbox"/>	事業所受講4名~(20%割引)	()名下記記入
	番地			AP・M	号室	<input type="checkbox"/>	高校等学生受講割引(10%割引)	学生証添付	
連絡	携帯	取得資格(証書必須)		※グループ、事業所受講の方は、下記に氏名のみ記入、別途人数分申込み作成。					
	自宅	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級	氏名	氏名	氏名	氏名			
	e-mail	<input type="checkbox"/> 初任者 <input type="checkbox"/> 基礎研修	氏名	氏名	氏名	氏名			
受講費支払方法	<input type="checkbox"/> 一括支払い <input type="checkbox"/> 分納支払い		氏名	氏名	氏名	氏名			
保護者同意欄(18歳未満の方は署名・捺印下さい)			事業所名	ご担当:					
保護者氏名: 印			住所	TEL					