

平成 22 年 6 月

各 位

〒570-0016

守口市大日東町 25-8 大日パレス 206 号

トップハート 柴山 慶子

T E L 06-6902-7357

F A X 06-6780-5471

ケアマネジャー受験対策講座のご案内

この度は、ケアマネ受験対策講座のお問い合わせ頂き有難うございました。
詳細が決定致しましたのでお知らせ致します。

◇ケアマネジャー受験対策講座 全11回

講 義(9回):7月28日～9月22日 毎水曜日19時～21時

1回2,000円 テキスト代別途(2,700円)

模擬試験(2回):9月29日・10月6日 19時～21時半

1回2,000円

***会 場:トップハート大日研修センター(別紙地図参照)**

***全受講の場合は20,000円(2,000円割引)**

***6回以上申し込みの場合はテキスト無料進呈!!**

1. 受講申込みの記入のうえトップハートまで郵送もしくは FAX をして下さい。
2. 受講料のお振込をお願い致します。(下記口座まで)
(確認しましたら、事務所より受付完了のお電話を致します。)

* 受講申し込みと同時に受講料をお振込み下さい。

お振込先 **三菱東京 UFJ 銀行 守口支店**

普通口座 4831738 (名義 トップハート)

入金先着順とさせて頂きます。定員次第締め切ります。

ケアマネージャー受験対策講座カリキュラム

*会場: トップハート大日研修センター

	科目	講師	備考
7月28日(水)	介護支援分野	田中 大輔	19時～21時
8月4日(水)	介護支援分野	田中 大輔	19時～21時
8月11日(水)	介護支援分野	田中 大輔	19時～21時
8月18日(水)	介護支援分野	田中 大輔	19時～21時
8月25日(水)	保険医療サービス分野	田中 大輔	19時～21時
9月1日(水)	保険医療サービス分野	田中 大輔	19時～21時
9月8日(水)	保険医療サービス分野	田中 大輔	19時～21時
9月15日(水)	福祉サービス分野	田中 大輔	19時～21時
9月22日(水)	福祉サービス分野	田中 大輔	19時～21時
9月29日(水)	模擬テスト	田中 大輔	19時～21時半
10月6日(水)	模擬テスト	田中 大輔	19時～21時半

ポイント割引制度について

下記名称の各種研修・講座・セミナーなどに受講料を支払い参加された方に、ポイントを支給し同機関が実施する研修等に使用することができます。

ポイントは受講料100円につき1点とし、受講料に当ててる場合は1点1円に換算して、申し込み時から使用することが出来ます。

ただし、1万円を超える研修等について使用可能です。

また、1回1万円を下回る研修等については、数回まとめることによって使用できます。1回1万円を下回る受講料についてもポイントは加算されます。

<例示>

- ① 初めて介護の勉強をするために、訪問介護員養成研修(ヘルパー2級)65,000円を申し込む。

ポイント650点 $65,000円 - 650円 = \underline{64,350円}$

- ② 実務経験不要のガイドヘルパー研修(1課程17,000円)を全身性課程・視覚課程(計2課程 34,000円)を申し込む。

ポイント650点 + 340点 = 990点 $34,000円 - 990円 = \underline{33,010円}$

- ③ 介護福祉士受験対策講座(1回2,000円)を申し込む。

15回を申し込んだ場合(30,000円)

ポイント650 + 340 + 300 = 1290点 $30,000円 - 1,290円 = \underline{28,710円}$

- ④ スキルアップのため認知症ケア専門士受験対策講座(1回3,000円)を4回(計12,000円)を申し込む。

ポイント650 + 340 + 300 + 120 = 1410点

$12,000円 - 1410円 = \underline{10,590円}$

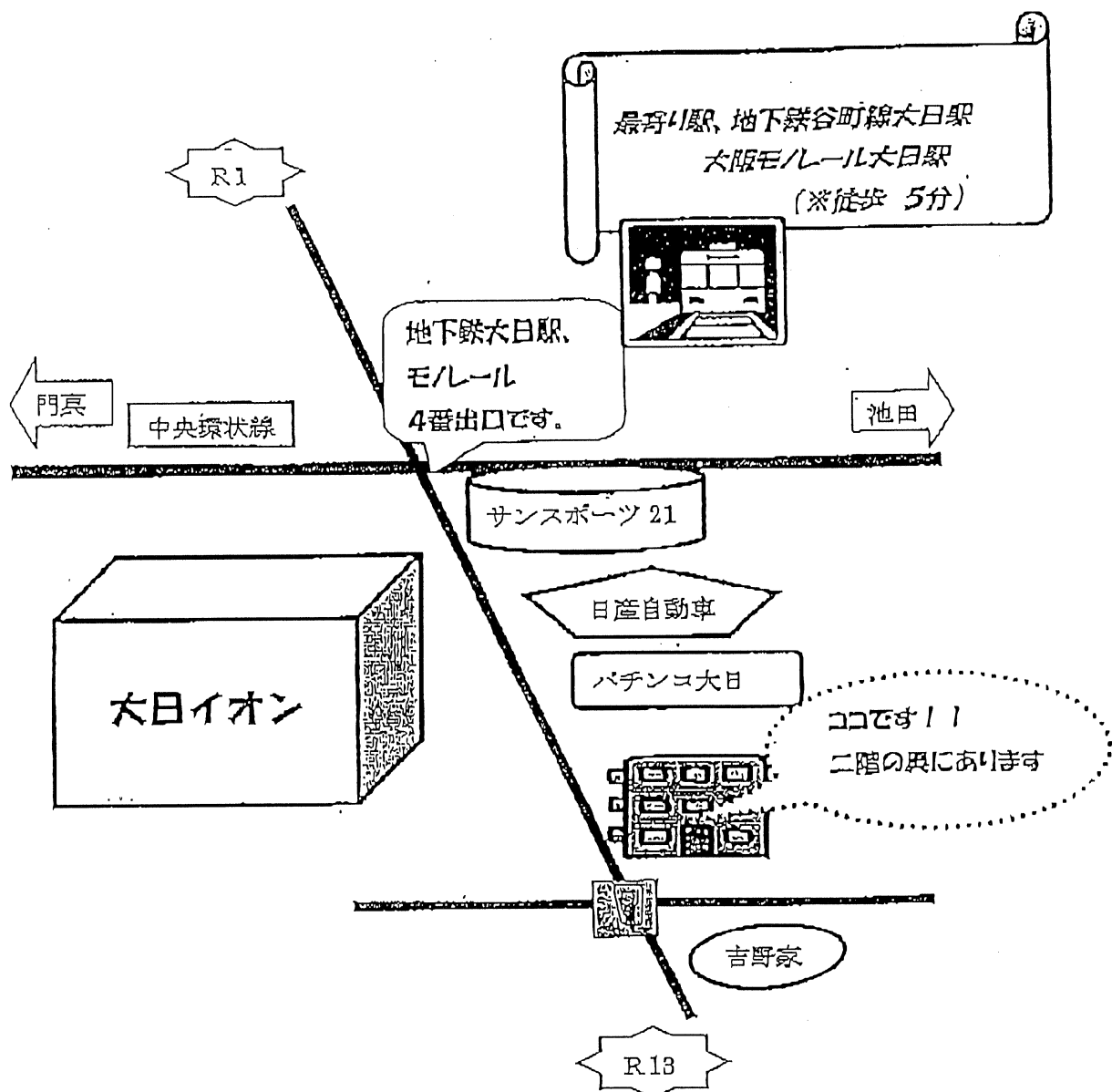
- ※ ポイントは無くなることなく加算されていきます！
- ※ ポイントは当社のホームページにて確認できます！
- ※ その他、多くの研修があります。ぜひポイント割引制度を活用ください！
- ※ 過去、当社の研修を受講された方も遡って対象となります！
- ※ 不明な点がございましたら、お気軽にお問い合わせ下さい！

トッポハート大日研修センター

大阪府守口市大日町2丁目1-7

[エトワール大日 2F]

TEL 06-6902-7357.



受講申込書

トップハート

株式会社 ケイ・アンド・エムソリューション

ケアマネージャー受験対策講座

記入日 平成 年 月 日

フリガナ			生年月日	年 月 日			
氏 名			年 齢	歳	性 別	男 ・ 女	
フリガナ							
住 所	〒						
電 話	— —		F A X	— —			
緊急連絡先	— —		携 帯	— —			
勤 務 先			住 所				
			電 話				
職 務 歴	年	月	履 歴				
介護経験	☐ 有り 実務経験(年 ヶ月)						
資 格							
応募方法	☐ FAXの案内 入手先() ☐ 紹介者() ☐ その他()						
申込み様式	☐ 複数人での申し込み ☐ 事業所単位での申し込み ☐ お1人での申し込み						
受講動機							
参加する日に○をつけてください (講 義) 7/28 8/4 8/11 8/18 8/25 9/1 9/8 9/15 9/22 (模 擬) 9/29 10/6 * 全日受講します		入金				その他	
		受付	年 月 日		検 印	担 当	責任者