

## 【県央地区】

～ひとり親家庭の母・父および寡婦のための～

### 令和8年度 介護福祉士実務者研修費用 助成します

研修事業主催：大村市社会福祉協議会 共催：長崎県ひとり親家庭等自立促進センター

★助成に際しての必須事項★

- ①大村市社会福祉協議会が行う介護福祉士実務者研修の受講が決定した者のうち、大村市・諫早市に居住し、母子家庭の母、父子家庭の父、または寡婦、ひとり親家庭の子。
- ②上記①を満たし、かつ長崎県ひとり親家庭等自立促進センターに登録し支援を希望する方。

※講座が始まるまでにまずはLINE登録をお願いします。⇒



★助成定員★ 若干名（※予算の範囲内で決定します）

★助成内容★ 研修テキスト代（14,300円）のうち当センターより一部負担助成

※助成決定後に受講を取り消した場合は、テキスト代をご負担いただきますので、  
予めご承知おきください。

※無料託児あり（必要な方は申込時に YELL ながさきまでお申し出ください。）

★受講日程★ 4月15日（水）～6ヶ月間

★会場★ 大村市総合福祉センター

〒856-0832 長崎県大村市本町 458-2 プラットおおむら

TEL:0957-53-1351

★申込方法★

※助成を希望される方は、裏面の申込用紙に必要事項をご記入の上、YELL ながさきへ FAX 又はご郵送下さい。

【お問合せ】

〒852-8104 長崎市茂里町 3-24 長崎県総合福祉センター県棟 2階

長崎県ひとり親家庭等自立促進センター（YELL ながさき）

TEL：095-801-4445 FAX：095-801-4446 【担当】新井

E-mail：yell@nagasaki-shi-boshikai.jp



令和8年度 介護福祉士実務者研修における【県央地区開催】

助成申込書

申込日 令和 年 月 日

フリガナ	
氏名	
生年月日	年 月 日 ( 歳)
住所 (自宅)	〒 -
電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 ( ) -
	<input type="checkbox"/> 携帯 ( ) -
	<input type="checkbox"/> 勤務先 ( ) - (勤務先名: )
	※日中、主に連絡が可能な電話番号に☑をいれてご記入ください。
現在の状況 ※いずれか一つに ○印をつける	無職 ・ 在職中 ・ 転職希望
託児について ※いずれか一つに ○印をつける	希望する ・ 不要 ※託児をご希望される場合は直接 YELL ながさきにご連絡下さい。
※ 本講習会に受講を申し込んだ動機についてご記入ください。	
講習会修了後、就職(転職)を希望していますか	1. 修了後できるだけ早く就職(転職)したい 2. 少し経ってから就職(転職)したい 3. 今の職場でステップアップしたい 4. その他 ( )

\*取得した個人情報は、助成に関する事項にのみ使用いたします。

令和8年度 長崎県ひとり親家庭等自立促進センター (YELL ながさき)