

介護職員初任者研修受講申込書（平成 30 年度 第 1 回）

○ボールペンで必要事項を記入の上、必ず写真を貼りつけてください。

フリガナ 氏 名			性別	写真貼り付け ○本人単身 ○胸から上 ○脱帽のこと ○縦 36 mm～40 mm 横 24 mm～30 mm
			男・女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)			
住 所	〒			
連絡先 電話番号	自宅電話	()	—	
	携帯電話	()	—	
	緊急時の 連絡先電話	()	—	(続柄)
勤務先 (学校)	名 称			
	住 所	〒		
	電 話			
介護の経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 家族の介護)			
福祉・医療に関する職歴	(介護の経験が有と記入された方で就労経験がある方はご記入ください) 仕事内容： 経験年数：			
受講理由	<input type="checkbox"/> 福祉・介護の仕事がしたい <input type="checkbox"/> 現在の仕事に必要な <input type="checkbox"/> 資格を取得したい <input type="checkbox"/> (将来の) 家族介護に役立てたい <input type="checkbox"/> その他			
この講座をどのようにしてお知りになりましたか？				
<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 当法人職員から聞いた <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> その他				

※ 修了証に「氏名」「生年月日」を記載いたしますので、正確にご記入ください。

※ 本申込みにより受講が決定した際には受講決定通知書を記載いただいた住所へ郵送いたします。

※ 受講が決定した場合、受講初日に本人確認をさせていただきます。

※ 当法人で開催する介護職員初任者研修に際して提出して頂いた個人情報については本研修以外に使用いたしません。

事務局使用欄

受付 No	受付日	受付者	備考
	年 月 日		
本人確認	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()		