介護職員初任者研修　受講申込書

社会福祉法人荒尾市社会福祉協議会　様

私は、「介護職員初任者研修」の受講を申し込みます。

令和４年　　月　　日

ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日	S・H　年　月　日生
氏　　名		性　別	
現住所	〒		
連絡先（自宅）		（携帯番号）	
緊急連絡先			
現在の状況	※該当するものを〇で囲んでください。 １．休職中　　２．在職中で転職希望 ３．在職中　　４．自営業 ５．その他（　　）		
受講目的			
医療や介護の経験など	あり（　　年　　ケ月程度）施設介護・在宅介護・家族等の介護 なし		

〇熊本県介護職員初任者研修実施要綱の規定に基づいて、ご本人確認を行いますので、
　ご本人と確認できるもの（免許証、パスポート、健康保険証等）をご持参ください。
〇ご記入いただいた個人情報については、当研修以外の目的には使用いたしません。
〇修了証に「氏名」「生年月日」が記載されますので、正確に記入してください。

＜アンケートにご協力ください＞
　※この研修を何でお知りになりましたか？
　□チラシ　　□ホームページ　　□友人・知人　　□同僚・上司
　□その他（　　）

事務局使用欄

本人確認書類	□運転免許証　□パスポート　□健康保険証　□住民票 □その他（　　）		
受付 NO	受付日	受付者	備考
	令和　年　月　日		