

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 年 月 日

フリガナ		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)	
メールアドレス			
緊急連絡先	(氏名)		
現在の状況	※該当するものを○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 ヶ月程度) 施設介護・在宅介護・家族等の介護 なし		

- 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。
- 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。
- 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？

- 社協だより 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	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他 ()		
受付 NO	受付日	受付者	備考
	令和 年 月 日		