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

（ＦＡＸ　０９６８－６６－２９９３）

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） |  |
| メールｱﾄﾞﾚｽ |  | | |
| 緊急連絡先 | （氏名） | | |
| 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４年　　月　　日 |  |  |