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○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		

○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。
○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？
□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		