

介護職員初任者研修 受講申込書（令和元年度）

令和 年 月 日

私は、介護職員初任者研修の受講を申し込みます。

フリガナ		性 別	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
氏 名		男 ・ 女		( 歳 )
住 所	〒			
緊急連絡先 (未成年の場合)	氏 名	続 柄	住所：	
			(Tel - - )	
ご職業	<input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> アルバイト・パート <input type="checkbox"/> 学生（学校名： ) <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 福祉施設職員 <input type="checkbox"/> その他（ ) <input type="checkbox"/> 医療関係者			
勤務先名又は学校名				
受講動機	<input type="checkbox"/> これから福祉の仕事がしたい <input type="checkbox"/> 資格を取得したい <input type="checkbox"/> 家族の介護に役立てたい <input type="checkbox"/> その他（ ) <input type="checkbox"/> 現在の仕事に必要			
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 学生証 ※確認として、いずれかのコピーを提出していただきます。			
参考書申込	<input type="checkbox"/> 参考書の購入を希望する <input type="checkbox"/> 参考書の購入は希望しない <input type="checkbox"/> 自分で購入する ※「介護職員初任者研修課程テキスト全3巻」日本医療企画 ※テキスト購入を希望の方は、講習会初日にテキストと引き換えとなります。			

※介護職員初任者研修に際して提出いただいた個人情報については本研修以外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、誤字がないように正確に記載して下さい。

※申込書を提出後、受講料を指定の口座に振り込むことで受講が決定となります。

(振込先: 青森銀行 鱈ヶ沢支店 口座番号 21016 名義 鱈ヶ沢町社会福祉協議会 会長平田 衛)

☆アンケートにご協力ください。該当する□にチェックをいれてください。

1. この講座を何でお知りになりましたか？

社協広報 インターネット 知人からの紹介 その他（ )

事務局使用欄 ※申込者は記入しないで下さい。

受付 No	受付日	受付者	備 考
	年 月 日		

【お問合せ先】

社会福祉法人鱈ヶ沢町社会福祉協議会

Tel0173-82-1602/Fax0173-72-5804

総務課 齊藤・三浦まで