令和８(2026)年度　介護職員初任者研修受講申込書

２０２６-

令和８(2026)年　　月　　日

【必要事項を記入、または当てはまる□に✔を入れてください】

■　申込者／連絡先					
フリガナ					
お名前					
生年月日	年　　月　　日	性別	男　・　女		
住所	〒　　－ 滋賀県 （アパート・マンション名等も記入してください）				
連絡先	電話番号	－　　－			
	携帯番号	－　　－			
	E-mail				
交通手段	□　車　　□　バイク　　□　自転車　　□　その他（　　）				
本人確認書類	□　マイナンバーカード　　□　在留カード □　運転免許証　　□　パスポートと住民票				

※裏面に続きます

■　事前アンケート（※答えられる範囲でご記入ください）	
ご職業	□　介護職　（現在介護職として働いておられる方は 施設名・事業所名を記入してください） ①入所施設（　　） ②デイサービス（　　） ③そ　の　他（　　） □　主婦　　□　学生　　□　アルバイト／パート □　自営業　　□　お仕事を探している　　□　その他（　　）
介護への就労希望	□　希望する　（入所施設　・　デイサービス　・　その他） □　希望しない　　□　わからない

※　個人情報の取り扱い：記載していただいた内容は「介護職員初任者研修」以外には使用しません。

※　「お名前」「フリガナ」「生年月日」「住所」「連絡先電話番号」は、正しく記入してください。

■　申込時の注意事項

① 受講申込書は、受講申込期間内に学則に記載してある本人確認方法の書類（いずれか１つのコピー）を添付して郵送またはご持参ください。

郵送または持参先

〒521-0212　滋賀県米原市本郷６０３－１　社会福祉法人ひだまり　介護職員初任者研修担当宛

② 申込は先着順となり、「受講決定通知書」を送付させていただきます。応募多数の場合は、定員になり次第締め切らせていただきます。

③ 受講料は、「受講決定通知書」に記載してあります口座振込先へお振込みください。なお、振込の際の手数料は申込者負担となりますので、ご了承ください。