**令和４年度　介護職員初任者研修受講申込書**

|  |
| --- |
| ２０２２-　　　 |

令和４年　　月　　日

【必要事項を記入、または該当する□に✔を入れてください】

|  |
| --- |
| * 申込者／連絡先
 |
| フリガナ氏　名 |  | 生年月日 | Ｓ・Ｈ　　　年　 　月　　 日生 |
| 性　別 | 男　・　女 | 年齢 | 満　　才 |
| 住　所 | 〒　　　－　　　　　滋賀県　　　　　　市・郡　　　　　　　　　　　　　　番地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（マンション名簿も記入してください） |
| 連絡先 | 電話番号 | 　　　　　　　－　　　　　　　－ |
| 携帯番号 | 　　　　　　　－　　　　　　　－ |
| Email |  |
| 交通手段 | □　車　　　□　バイク　　□　自転車　　□　その他（　　　　　　） |
| 本人確認書類 | □　運転免許証　□　健康保険証　□　パスポート　□　個人番号カード□　運転免許証以外の国家資格等の免許証または登録証□　戸籍謄本・戸籍抄本・住民票 |

|  |
| --- |
| ■　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 | 　□　主　婦　　□　学　生　　□　アルバイト/パート　□　自営業　　□　会社員　　□　求職中　　□　その他（　　　　　）　□　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通所サービス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　③その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 介護への就労希望 | 　□　希望する　（入所施設　・　通所サービス　・訪問看護　・　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。

※　「氏名」「フリガナ」「生年月日」「自宅住所」「連絡先電話番号」は、正確に記入してください。

|  |
| --- |
| ■　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）を添えて郵送またはご持参ください。

　　〒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1. 受講申込期間：令和４年７月１日から令和４年８月１５日まで　（郵送の場合、８月１５日消印有効）
2. 申込は先着順となり、「受講決定通知書」を交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、手数料は受講者負担となりますので、ご了承ください。
 |