

令和6年度 介護職員初任者研修受講申込書

2024-

令和6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
	滋賀県 _____ 市・郡 _____ 番地 _____		性別	男・女	年齢 満 才
住所	(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	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
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"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証以外の国家資格等の免許証または登録証 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> アルバイト/パート <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 希望する (入所施設 ・ 通所サービス ・ 訪問看護 ・ その他) <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 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
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">〒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</p> <p>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。</p> <p>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。</p>