

令和7年度 介護職員初任者研修受講申込書

2025-

令和7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
住 所	〒 ー 滋賀県 市・郡 番地 （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	ー ー			
	携帯番号	ー ー			
	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 ☐ マイナンバーカード ☐ パスポート ☐ 在留カード ☐ 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	
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。	