

介護職員初任者研修 受講申込書 (平成 年 月 日開講)

フリガナ		性別	写真添付 縦4cm 横3cm
氏名	印	男・女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
住所	(〒 -) 自宅TEL 携帯TEL		
勤務先 (学校)			※未成年者は保護者記入欄 介護職員初任者研修受講に同意します。 氏名： 続柄：
希望理由	<hr/> <hr/> <hr/>		
通学方法	・自動車 ・バイク ・公共交通機関 ・徒歩 ・自転車		
本人確認 コピー添付	①住民票 ②住民基本台帳カード ③在留カード ④健康保険証 ⑤運転免許証 ⑥パスポート ⑦国家資格等の免許証又は登録証		
実務経験	有 (年間) ・ 無 経験場所→施設介護・在宅介護・家族の介護・その他 (

今回の講座をどのようにお知りになりましたか？
・ホームページ ・募集案内チラシ ・新聞折り込み ・広報誌 ・法人職員 () ・知人家族からの紹介 ・その他 ()
修了後の就業意向について
・就業を希望する ・ 就業を希望しない ・ 他施設で就業中

※当法人で開催する介護職員初任者研修に際して提出頂いた個人情報は厳正に管理し、本研修以外には使用しません。

受講申込方法	※定員を超えた場合は、抽選となります。
1、受講申込書に必要事項を記入して下さい。	
2、受講申込書を電話連絡の上、申込先に持参して下さい。本人確認させて頂きます。	
3、抽選・書類審査後、受講者を決定および受講可否の通知を送付します。	
4、受講決定者は指定日までに受講料を振込して下さい。振込完了後受付完了となります。	
※施設実習にあたり健康診断(胸部X線)の結果が必要となります。(後日、詳細説明します。)	

受付職員氏名	本人確認	振込確認
	<input type="checkbox"/> チェック 貼付コピー番号 ()	<input type="checkbox"/> チェック 確認者氏名