

介護職員初任者研修 受講申込書



令和 5 年度 第 2 回

開講年月日をご記入ください
令和 5 年 10 月 18 日

申 込 日	令和 年 月 日			本人顔写真 横3cm×縦4cm
フリガナ		性 別		
氏 名		男 ・ 女		
生年月日	年 月 日 (歳)			
現 住 所	〒 —			
連 絡 先	電話	— —	携帯	— —
緊急連絡先	電話	— — (続柄)		
勤務先名称				
勤務先 (学校)	〒 — 電話 — —			
介護体験 (□に✓点でチェック)	☐ 無 ・ ☐ 有 (☐ 施設介護 ☐ 在宅介護 ☐ 家族の介護 ☐ その他 ()			
受講理由 (□に✓点でチェック)	☐ 現在の仕事に必要 ☐ これから福祉の仕事に就きたい ☐ 身内の介護 ☐ 資格を取得したい ☐ その他 ()			
介護への 就労希望 (□に✓点でチェック)	☐ 無 ・ ☐ 有 (☐ 施設介護 ☐ 通所介護 ☐ 訪問介護 ☐ その他 ()			

この講座をどのようにしてお知りになりましたか？

☐ 広告	☐ ホームページ	☐ 職員の紹介	☐ 知人の紹介	☐ その他 ()
-----------------------------	---------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

修了証に「氏名」「生年月日」が記載されますので、正確に記入してください。
介護職員初任者研修に際して提出頂いた個人情報については、本研修以外には使用いたしません。

※事務局使用欄

本人確認書類	☐ 住民票 ☐ 健康保険証 ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 年金手帳 ☐ その他 ()			
受付No.	受付年月日	受付者	事務局長	理事長
	令和 年 月 日			