

介護職員初任者研修 受講申込書



令和 7 年度 第 1 回

開講年月日をご記入ください
令和 7 年 5 月 14 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)	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 施設介護 <input type="checkbox"/> 在宅介護 <input type="checkbox"/> 家族の介護 <input type="checkbox"/> その他 ()			
受講理由 (□に✓点でチェック)	<input type="checkbox"/> 現在の仕事に必要 <input type="checkbox"/> これから福祉の仕事に就きたい <input type="checkbox"/> 身内の介護 <input type="checkbox"/> 資格を取得したい <input type="checkbox"/> その他 ()			
介護への 就労希望 (□に✓点でチェック)	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 施設介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 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？

<input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 職員の紹介 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()			
受付No.	受付年月日	受付者	施設長	理事長
	令和 年 月 日			