

介護職員初任者研修受講申込書

受講番号								*太枠内のみ記入してください						
						申込日	年	月	日					
ふりがな						性別	男	・	女					
申込者 氏名						生年 月日	昭和	・	平成	・	西暦	年	月	日
現住所	〒		—		電話番号		—		—					
緊急時の 連絡先	電話番号 (申込者以外の番号)					お名前								
メール アドレス (任意)														
資格取得の 目的等 (○印で囲む)	1. 介護の仕事に就きたい為		2. 現在介護の仕事をしている為		3. 地域に貢献する為		4. 自己研鑽の為		5. その他 ()					
現在の勤務 状況に ついて (○印で囲む)	1. 現在、仕事をしている		2. 現在、介護の仕事をしている		事業所名: _____		事業所の所在地: _____		内容: デイサービス ・ グループホーム ・ 特養 ・ 介護関係事務 ・ その他					
研修期間中または研修後に当法人からの 求人があれば働きたいですか					はい ・ いいえ ・ わからない		「はい」に○印をつけた方のみお答えください 希望勤務形態 フルタイム ・ パートタイム							
この研修の開催を どこで知りましたか			社協のホームページ・社協の各センター・チラシ・関係機関 知人から・その他 ()											

注意：①この受講申込書は、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)を添えて甲賀市社会福祉協議会 在宅生活支援部へ
持参もしくは郵送にて申込みください。

提出先 〒528-0005 甲賀市水口町水口5609番地

甲賀市社会福祉協議会 在宅生活支援部 初任者研修担当者宛

②受講申込期間は、令和8年5月20日(当日必着)とします。

③応募者多数の場合は申込の先着順で受け付け、定員になり次第、締め切りとさせて
頂きます。

募集者が少ない場合は開講しないことがあります。