

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 (歳)
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 3. 現在、仕事をしていない							
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5年9月22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。

募集人数が8名に満たない場合は開講しないことがあります。