**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（〇印で囲む） | 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（〇印で囲む） | 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」に〇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６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、締り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。