**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。