

介護職員初任者研修受講申込書

医療法人楽山会
理事長 加藤 哲夫 殿

| |
|------|
| 受付番号 |
| |

私は、介護職員初任者研修の受講を申し込みます。

平成 年 月 日

| | | | |
|-------------|--|-----|----------------------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 | | 男・女 | 昭和・平成 年 月 日 (歳) |
| 住所 | 〒 TEL | | |
| 緊急連絡先 | (日中に連絡のとれる所) 携帯・勤務先・その他() TEL | | |
| 職業等 | <input type="checkbox"/> 学生(学校名) <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 福祉施設職員 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 専業主婦 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 受講理由 | <input type="checkbox"/> 介護の仕事がしたい <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 資格を取っておきたい () <input type="checkbox"/> 家族の介護に役立てたい | | |
| 福祉・医療に関する職歴 | (例)介護施設〇〇〇〇 平成〇年〇月〇日～現在に至る | | |
| 本人確認書類 | ※本人確認させていただきますので、申し込み時にどれか1つをお持ち下さい。(郵送の場合はコピーを添付して下さい) ・運転免許証 ・健康保険証 ・住民票 ・パスポート ・年金手帳 | | |
| 備考 | ※上記以外で研修事業所に伝えたい事がございましたらご記入下さい。 | | |

※修了証に「氏名」「生年月日」が記載されますので、正確に記入して下さい。

| |
|----------|
| * 事務局使用欄 |
|----------|