

介護福祉士実務者研修 申込書

申込日	2024年 月 日
ふりがな	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日(歳)
住所	〒
電話番号	(自宅) (携帯)
メールアドレス	
本人確認	※いずれか一つをコピーし申込書と一緒にご提出ください。 運転免許証・健康保険証・年金手帳・在留カード等・マイナンバーカード・ パスポート・戸籍謄本又は住民票・国家資格等の免許証、登録証
職業・勤務先	
介護実務経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (施設・在宅サービスにて 年の経験あり)
保有資格	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 資格なし ※資格保有者は証明書のコピーをご提出ください。
大村市内介護事業 所へ就職・勤務継 続の意思について	有・無
本研修を知った きっかけ	<input type="checkbox"/> 広報おおむら <input type="checkbox"/> 社協広報紙かけはし <input type="checkbox"/> マンボウ <input type="checkbox"/> 社協ホームページ <input type="checkbox"/> 社協 SNS <input type="checkbox"/> その他()
受講志望の動機	(具体的に記入)受講するに当たり、希望や要望などもご記入ください。

※本講座への申込みに際し、ご提出いただいた個人情報厳正に管理し、本講座以外に使用しません。

事務局使用欄

受付番号	受付日	備考	受付者
	2024年 月 日		