

介護福祉士実務者研修 申込書

申込日	2025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)
e-ラーニング受講	希望する 希望しない
メールアドレス	(必須)
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"/> 訪問介護員研修(<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級) <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 資格なし <input type="checkbox"/> その他 ※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等への就職・勤務継続の意思	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"/> 大村市 SNS <input type="checkbox"/> 大村市ホームページ <input type="checkbox"/> 広告情報紙マンボウ <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	

※本講座への申込みに際し、ご提出いただいた個人情報は厳正に管理し、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
	2025年 月 日		