

FAX : 029-896-3522

年 月 日

|             |   |  |  |   |     |                                   |
|-------------|---|--|--|---|-----|-----------------------------------|
| フリガナ        |   |  |  | 性別<br>(任意)  | 男・女 | 写真貼付<br>縦 4cm<br>横 3cm<br>裏面に氏名記入 |
| 氏名          |   |  |  |   |     |                                   |
| 生年月日        | 昭和・平成 年 月 日 ( 歳)  |  |  |   |     |                                   |
| 住所          | (〒 - )<br>(自宅TEL) - - (携帯電話) - -  |  |  |   |     |                                   |
| 勤務先<br>(学校) | 名称：<br>(〒 - )<br>TEL - -  |  |  | ※保護者記入欄(未成年の方)<br>介護初任者研修受講に同意します<br>氏名： 印<br>続柄： |     |                                   |
| 受講希望理由      |   |  |  |   |     |                                   |
| 通学方法        | ・自家用車 ・バイク ・自転車 ・公共交通機関 ・徒歩   |  |  |   |     |                                   |
| 本人確認書類      | ①運転免許証(運転経歴証明書) ②健康保険証 ③住民基本台帳カード ④在留カード<br>⑤パスポート ⑥マイナンバーカード ※①～⑥のいずれか1つの原本又はコピー |  |  |   |     |                                   |
| 実務経験        | 有( 年間) ・ 無<br>→経験場所(介護施設・訪問介護・家族の介護・その他 )   |  |  |   |     |                                   |

|                    |  |
|--------------------|--|
| 今回の講座をどのように知りましたか？ | ・ホームページ ・Facebook ・Instagram ・募集案内チラシ ・新聞折込み ・広報紙<br>・法人職員、知人、家族からの紹介( ) ・その他( ) |
| 修了後の当法人での就業意向について  | ・就業を希望する ・就業を希望しない ・他施設で就業中  |

※当法人で開催する介護職員初任者研修に際して提出いただいた個人情報については、厳重に管理し、本研修以外には使用しません。

**受講申込方法**

**※最低受講人数に満たない場合は開講を見合わせる場合がありますので、予めご了承下さい**

①受講申込書に必要事項を記入 ②受講申込書と返信用封筒(84円切手貼付)を研修室もしくは当法人の関連施設まで持参する ③抽選・書類審査後、受講者の決定 ④受講可否通知書の送付 ⑤受講決定者は指定口座に受講料を振り込む ⑥振込確認後、受付完了(教材が必要な方は本部で受け取る) ※施設実習を希望する方は、演習後に(健康診断・検便・胸部レントゲン)結果が必要

|            |  |   |  |
|------------|--|---|--|
| 祥風会研修室 使用欄 |  |   |  |
| 受付職員氏名     | 本人確認   | 提出書類  | 説明事項   |
|            | <input type="checkbox"/> チェック<br>添付コピーの番号<br>( ) | <input type="checkbox"/> 申込用紙<br><input type="checkbox"/> 84円切手貼付封筒<br>(自宅住所記載) | <input type="checkbox"/> 提出書類 <input type="checkbox"/> 昼食<br><input type="checkbox"/> 駐車位置 <input type="checkbox"/> 服装 |