

平成29年度 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下さい	
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	
資格取得の為の目的等 (○印で囲む)	1. 介護の仕事に就きたい為 3. 地域に貢献する為 5. その他 ( _____ )					2. 現在介護の仕事をしている為 4. 自己研鑽の為	
現在の勤務状況について (○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○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	社協広報誌 ・ 広報ながはま ・ 社協の各センター ・ チラシ 新聞広告 ・ 知人から ・ その他 ( _____ )						
介護職員初任者研修の受講を別紙「平成29年度介護職員初任者研修学則」を熟知し申し込みます。							
平成 年 月 日							
受講申込者氏名 _____ 印							
社会福祉法人 長浜市社会福祉協議会 会長 一居 隆夫 様							

注意：①この受講申込書は、受講申し込み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）を添えて長浜市社会福祉協議会法人本部（長浜市役所湖北支所3階）へ持参もしくは郵送にて提出して下さい。

郵送時の提出先 〒529-0341 長浜市湖北町速水2745番地  
長浜市社会福祉協議会 介護職員初任者研修担当宛

②受講申し込み期間は、平成29年4月1日～平成29年5月29日までの土曜日・日曜日・祝日を除く午前8時45分～午後5時とします。

（郵送の場合は平成29年5月29日必着とします）

③先着順の受付となります。応募多数の場合は選考とさせていただきます。  
募集定員が半数（15名）に満たない場合は開講しない場合があります。