

介護職員初任者研修受講申込書

受講番号	2	0	2	2				* 太枠内のみ記入して下さい
							申込日	年 月 日
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	
メールアドレス (任意)								
資格取得の目的等 (○印で囲む)	1. 介護の仕事に就きたい為 2. 現在介護の仕事をしている為 3. 地域に貢献する為 4. 自己研鑽の為 5. その他 (_____)							
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	社協のホームページ・社協の各センター ・ チラシ・新聞広告 知人から ・ その他 (_____)							

注意：①この受講申込書は、受講申込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申込みください。社協各センターでも申込み可能です。

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、令和4年5月10日（当日消印有効）とします。

③応募者多数の場合は抽選によって選定します。

募集人数が10名に満たない場合は開講しない場合があります。