

第1号様式（第8条）

平成30年度 介護職員初任者研修
受講申込書

社会福祉法人大田区社会福祉協議会会長あて

平成 年 月 日

必ずご記入ください	ふりがな			性 別	生 年 月 日		
	氏 名			男・女	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
	電話番号	自宅			携帯		
	自宅住所	〒				職 業	
	受講希望の理由・資格取得の目的をご記入ください。						
勤務先名称及び住所		*区内在勤、区外在住の方は必ず記入してください。 電話 ()					
免除申請	介護業務実務経験 (過去3年以内)	事業所名	*実務経験証明証添付				
		就業期間	年 月 ~ 年 月 (週 日 1 日 時間)				
保護者の同意 ※申込者が未成年者である場合		____が貴社協の介護職員初任者研修を受講することに同意します。 《住所》 《氏名》 Ⓜ					

アンケートにご協力ください。

研修修了後はこの資格(知識・技術)をどのように活かしたいとお考えですか。(複数回答可)	1. 介護業務に従事(高齢者) 3. 現在の仕事のレベルアップ 5. 家族介護 7. その他 ()	2. 介護業務に従事(障害者) 4. ボランティア活動 6. いずれ仕事に就きたい
この研修は何で知りましたか。(複数回答可)	1. 大田区報 3. 社協だより・ボランティア広報誌 5. その他 ()	2. 区設掲示板(ポスター) 4. 知人

本人確認チェック欄

☆本申込書から得た個人情報は、当研修に関する目的以外には使用しません。

☆提出された申込書等は、受講の諾否にかかわらず返却いたしません。

済 ・ 未

運転免許証、保険証、住基カード等