

# 令和5年度 介護職員初任者研修受講申込書

申込日 令和5年 月 日

フリガナ		性別
氏名		男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)	
住所	〒	
	(電話番号 - - ) (携帯電話 - - )	
メールアドレス	@	
介護経験	無・有 <input type="checkbox"/> 施設介護 <input type="checkbox"/> 在宅介護 <input type="checkbox"/> 家族の介護 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
受講理由	<input type="checkbox"/> 現在の仕事に必要 <input type="checkbox"/> これから介護の仕事がしたい <input type="checkbox"/> 資格を取得したい <input type="checkbox"/> 家族の介護に役立てたい <input type="checkbox"/> その他 ( )	
介護への就労希望	無・有 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

※ ご記入いただいた個人情報については本研修以外には使用いたしません。

※ 本人確認書類をお持ちください。(運転免許証・健康保険証・住民票・マイナンバーカード等)

※ 申込書を郵送される場合は本人確認書類いずれか1つのコピーを同封してください。

事務局使用欄

受付No.	受付日	受付者	備考
	年 月 日		
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本・抄本 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他		

社会福祉法人 赤平市社会福祉協議会  
電話 0125-32-1015