平成29年度 介護職員初任者研修受講申込書

受講番号	＊　　29 －　　（記入しないで下さい）		
ふりがな		性　別	
氏　名		生年月日	昭和 ・　　年　　月　　日 平成　　（　　歳）
現住所	〒　　－　　　電話番号　　－　　－ ※連絡が取れる電話番号を記入してください		
緊急時の連絡先			
資格取得の為の目的等該当に○印を付す	（介護職員として） 1．介護の仕事に就きたい為　　3．地域に貢献する為 2．自己研鑽の為　　4．その他（　　）		
現在の勤務状況について	1．現在、仕事をしている　　3．現在、仕事をしていない 2．現在、介護の仕事をしている（ 米原市外 ・ 米原市内 ） （事業所名：　　電話番号：　　）		

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

社会福祉法人米原市社会福祉協議会
会　長　　吉田　正子　様

＜注意事項＞

①この申込書に別紙誓約書を添えて、受講申し込み期間内に米原市社会福祉協議会本部へ持参または、郵送にて提出してください。
受講申し込み期間は、平成２９年５月１日（月）～平成２９年６月２３日（金）までの米原市社会福祉協議会の勤務時間内。

②申し込みは先着順となります。また、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。