

## 平成30年度 介護職員初任者研修受講申込書

受講番号	30 -		
ふりがな		性別	男 ・ 女
氏 名		生年 月 日	昭和 年 月 日 平成 ( 歳)
現住所	〒 - 電話番号 - -		
緊急連絡先			
以下の質問について、該当する番号に○印をつけ、必要事項を記入ください。			
資格取得の目的	(介護職員として) 1. 介護の仕事に就きたいため      3. 地域に貢献するため 2. 自己研鑽のため                      4. その他(                                      )		
現在の勤務状況	1. 介護の仕事に就いている(米原市内 ・ 米原市外) (事業所名:                                      電話番号:                                      ) 2. 介護以外の仕事に就いている 3. 現在、就職していない		
研修を受講するに あたり	1. 特別な配慮が必要 (                                      ) 2. 特に必要なし		
介護職員初任者研修の受講を別紙「平成30年度介護職員初任者研修学則」を熟読し、申し込み ます。 平成30年    月    日 受講申込者氏名 _____ (印) <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">                     社会福祉法人米原市社会福祉協議会                      会 長    吉 田 正 子 様                 </div>			

<注意事項>

- ①太枠部を記入してください。
- 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。(本人確認のため、身分証明書をご持参、郵送の場合はコピーを添付) 受講申し込み期間は、平成30年5月1日(火)～平成30年6月22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。募集定員の半数(15名)に満たない場合は開講いたしません。開講する場合、上記住所へ郵送にて「受講決定通知」を送付いたします。(当会ホームページでもご確認いただけます。)