

介護職員初任者研修受講申込書

受講番号	2	0	2	0				*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		
資格取得の 為の目的等 (○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			
	5. その他 ( _____ )		4. 自己研鑽の為					
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： _____			
	3. 現在、仕事をしていない				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			
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	社協広報誌 ・ 広報ながはま ・ 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）へ郵送にて提出して下さい。

郵送時の提出先 〒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、2020年6月8日～2020年7月10日までの土曜日・日曜日・祝日を除く午前8時45分～午後5時とします。

（郵送の場合は2020年7月10日必着とします）

③応募者多数の場合は、定員到達日をもって締め切り、抽選によって選定します。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。