

介護職員初任者研修受講申込書

受講番号	2	0	2	5	1			* 太枠内のみ記入して下さい
							申込日	令和7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	— —————
資格取得の目的等 (✓を入れてください)	☐ 介護の仕事に就きたい為 ☐ 現在介護の仕事をしている為 ☐ 地域に貢献する為 ☐ 自己研鑽の為 ☐ その他 (—————)							
現在の就労状況について (✓を入れてください)	☐ 現在、仕事をしている ☐ 現在、仕事をしていない ☐ 現在、高齢者介護もしくは障害者福祉の仕事をしている 事業所名：————— 事業所の所在地：—————市 内容： ☐ デイサービス ☐ グループホーム ☐ 特養 ☐ 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 (✓を入れてください)							☐ はい ☐ いいえ ☐ わからない	
上の質問で「はい」に✓印をつけた方はお答えください	希望勤務形態 (✓を入れてください)						☐ フルタイム ☐ パートタイム	
	働いてみたい施設 (✓を入れてください)						☐ デイサービス ☐ ホームヘルパー ☐ 入所施設 (特別養護老人ホーム)	
この研修の開催をどこで知りましたか (✓を入れてください)							☐ 社協のホームページ ☐ 社協の各センター ☐ 募集チラシ ☐ 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）へ持参もしくは郵送にて申込みください。社協各センターでも申込み可能です。

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、令和7年5月9日（金）必着とします。
 ③先着順のため、定員になり次第受付を締め切らせていただきます。
 ④募集人数が10名に満たない場合は開講しない場合があります。