

介護職員初任者研修受講申込書

受講番号	2	0	2	6	1			*太枠内のみ記入して下さい
							申込日	令和8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)	<input type="checkbox"/> 介護の仕事に就きたい為		<input type="checkbox"/> 現在介護の仕事をしている為		<input type="checkbox"/> 地域に貢献する為		<input type="checkbox"/> 自己研鑽の為	
	<input type="checkbox"/> その他 (_____)							
現在の就労状況について (✓を入れてください)	<input type="checkbox"/> 現在、仕事をしている <input type="checkbox"/> 現在、仕事をしていない <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パートタイム						
	働いてみたい施設 (✓を入れてください)	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 社協のホームページ <input type="checkbox"/> 社協の各センター <input type="checkbox"/> 募集チラシ <input type="checkbox"/> 新聞広告 <input type="checkbox"/> 知人から <input type="checkbox"/> 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8年5月15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。