

受付番号

令和3年度 介護職員初任者研修受講申込書

令和 3 年 月 日

<必要事項を記入、または該当する口にチェックを入れてください>

■ 申込者／連絡先			
氏 名	フリガナ	生年月日	S・H 年 月 日生
		性別	男 ・ 女 年齢 満 才
住 所	〒 _____ 滋賀県 _____ 市・郡 _____ 町・村 _____ <small>(マンション名等も記入して下さい)</small>		
連絡先	電話番号	()	
	携 帯	()	
	メールアドレス		
通学時の交通手段	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他 ()		
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 戸籍抄本・戸籍謄本・住民票 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()		

■ 事前アンケート (※ 答えられる範囲でご記入ください。)	
ご 職 業	<input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> アルバイト／パート <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 介護職 (現在介護職として働いておられる方は施設名・事業所名を記入して下さい) ① 入所施設 () ② 通所サービス () ③ その他 ()
介護への 就労希望	<input type="checkbox"/> 希望する (入所施設 ・ 通所サービス ・ 訪問介護 ・ その他) <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> わからない

※ 個人情報の取り扱い：記載していただいた内容は「介護職員初任者研修」以外には使用しません。

※ 「氏名」「フリガナ」「生年月日」「自宅住所」は、正確に記入してください。

本部使用欄 受付日: 令和 年 月 日

--	--

施設使用欄 受付日 令和 年 月 日

施設長	本部へ送付	受付	