

介護職員初任者研修 受講申込書

●黒ボールペンで太枠内にご記入の上、必ず写真を貼り付けてください

申込日	年 月 日		写真貼り付け 
フリガナ			
氏名			
生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)	
住所	〒 —		
連絡先 電話番号	自宅電話	—	—
	携帯電話	—	—
	緊急時の 連絡先	—	— (続柄)
勤務先 電話番号	名称:		
	〒 —	TEL — —	
介護経験	有・無 (年 ヶ月)	経験場所:	施設介護 ・在宅介護 ・家族の介護 その他 ()
ボランティア 等の経験			
資格取得 後の予定			
この講座をどのようにしてお知りになりましたか？			
広告 ・ホームページ ・区役所、市役所からの紹介 ・知人、家族からの紹介 当法人職員()からの紹介 ・以前の受講生()からの紹介 その他()			

当法人で開催する介護者初任者研修に際して提出していただいた個人情報については、厳重に管理し、本研修以外には使用いたしません。

* 本講座使用欄

本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 市民カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 学生証		
受付No	受付日	受付者	備考
	令和 年 月 日		

ご本人の確認が出来る上記の書類のいずれかを、コピーにてご一緒に送付お願いします。