

令和 1年度 社会福祉法人名北福祉会 介護職員初任者研修受講申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人 名北福祉会
理事長 黒川 富子 殿

※受付NO.

写真
(撮影3ヶ月以内)

私は、介護職員初任者研修の受講を申し込みます。

フリガナ			①	男・女	生年月日	昭和・平成 年
氏名	姓	名	印		月 日	月 日生(歳)
現住所	〒 -					
電話	①優先			②		
最寄り駅	() 線 () 駅 自宅からの所要時間() 分					
職業	☐ 主婦 ☐ 学生 ☐ パート・アルバイト ☐ 介護職員 ☐ 医療関係職員 ☐ その他 ☐ 自営 ☐ 会社員 () ☐ 求職中					
本人以外の 緊急連絡先	フリガナ			電話		
	氏名			本人との関係		
保護者名	20歳未満の場合は保護者の署名と押印をお願いします。					印
受講理由	☐ 福祉の仕事がしたい ☐ その他 ☐ 資格を取っておきたい ☐ 将来家族を介護するときなどに役立てたい ()					
福祉、医療 の職歴	(例) 福祉施設〇〇 〇年〇月～〇年〇月まで					
健康状態	☐ 良好 ☐ 普通 ☐ その他 学習上気がかりなことがありましたら下記に記入			誓約書 必ず記入のこと	受講の上は、教員、法人職員の指示に従い、学則を遵守します。	
・資格取得後は何か考えておられますか？ 介護への就労希望 1. 有 → ☐ 施設 ☐ デイサービス ☐ 訪問ヘルパー ☐ その他() 2. 無					令和 年 月 日 氏名	

* 個人情報保護法に基づき、この情報は受講生の管理以外の目的には使用いたしません。

* 修了証に「氏名」「生年月日」が記載されますので、正確に記入してください。