別紙3

令和 3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 氏名	姓	名	㊞	男・女	生年月日	昭和・平成　　年 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。		㊞			
受講理由	□ 福祉の仕事がしたい □ 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 □ その他（　　）					
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。 令和　　年　　月　　日 氏名
・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						

＊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。