

令和6年度 介護職員初任者研修 受講申込書

※ 太枠内のみご記入ください。

受 講 者 情 報	ふりがな		性 別	男・女	年 齢	満 歳	
	氏 名		生年月日	昭和 平成	年	月 日 生	
	住 所	〒	メー ル ア ド レ ス				
	連 絡 先	自 宅	緊 急 連 絡 先	関 係 ()			
		携 帯					
	職 業	主 婦 ・ パ ー ト ・ 会 社 員 ・ 自 営 業 ・ 学 生 ・ そ の 他 ()					
受 講 動 機	当てはまる番号を○で囲んでください。 1、川島町内で、介護サービスに従事することを希望している 2、介護サービスに従事することを希望している 3、在宅介護中（予定）であり、スキルを学びたい 4、介護業務に従事することが決まっているが、福祉の資格を有していない 5、その他 ()						

職員記入欄

受付番号		受講料	20,000 円（税・テキスト代込み）
受講決定	可 ・ 否		入金日 年 月 日（領収書 <input type="checkbox"/>)
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"/> その他 ()		
履歴免除証明 確認書類	<input type="checkbox"/> 生活援助従事者研修終了証 <input type="checkbox"/> 認知症介護基礎研修終了証 <input type="checkbox"/> 介護に関する入門的研修終了証 <input type="checkbox"/> 訪問介護に関する三級過程 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム等の介護職員等として1年以上の実務経験証明書		