

平成29年度 介護職員初任者研修受講申込書

ふりがな		男・女	生年月日	昭和 平成	年 月 日(歳)
氏名					
住所	〒(-)				
電話番号	() -	携帯番号	() -		
職業	<input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 会社員・自営業 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 求職中				
	<input type="checkbox"/> 看護・介護助手 <input type="checkbox"/> その他()				
勤務先		電話番号	() -		
受講動機	※書類選考の際、参考とさせていただくことがあります。未記入のまま提出することがないようにきちんとご記入ください。				
.....					
.....					
.....					
.....					

1	欠席なく全日程を受講できますか。	はい	いいえ
2	特別養護老人ホーム等の介護職員として1年以上の実務経験がありますか。	はい	いいえ
3	2に該当する場合、科目数が免除されますが申請をされますか。	はい	いいえ
4	実習前試験・修了試験で、一定基準の知識や技術が修得できていないと判断された場合は、修了証の交付ができませんがご了承いただけますか。(受講料の返金はできません)	はい	いいえ

以上、募集要項の記載内容を理解したうえ、介護職員初任者研修に受講を申し込みます。

平成 年 月 日

本人署名 _____

事務局使用欄

本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他()	決定通知	可・否 /
------	--	------	----------