

## 平成28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    /
----------	--	----------	----------