介護職員初任者研修　受講申込書

受付 年月日		受付 担当者		受付 番号	

下記の個人情報使用に同意のうえ、介護職員初任者研修の受講を塩尻市社会福祉協議会に申し込みます。

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名	㊞			
住所	〒　　－ 電話番号			
職業	１．無職　　２．会社員（職種　　） ３．自営（職種　　）　　４．福祉関係（具体的に：　　） ５．その他（具体的に：　　）			
資格	１．普通運転免許　　２．３級ヘルパー　　３.介護アテンドサービス士 ４．その他（具体的に：　　） （３級ヘルパー資格等をお持ちの方は講義実習を一部免除出来ます。ご希望の方は資格証の写し・免除願をご提出ください。）			

実務経験 （仕事として介護の経験のある方のみご記入下さい	具体的に： （1年以上かつ従事日数が１８０日以上の方は実習を一部免除できます。ご希望の方は従事証明書・免除願をご提出ください。）
志望動機 （介護に対するお考え）	
受講料お支払方法	１．事前振込　　２．開講日持参

個人情報の取り扱いについて

介護職員初任者研修　受講申込書にご記入いただいた個人情報の使用目的は下記の通りです。

①　受講生との連絡及び調整　　②　実習先と県に提出する書類