

令和5年度 介護職員初任者研修 受講申込書

申込者は下記太枠内（2つ）、ご記入下さい。

令和 年 月 日

| | | | | | | | | |
|-------|--|----|----|-----|-----------------|-----------------------|----|--|
| フリガナ | | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 昭和 年 月 日 平成 | 年齢 | |
| 名前 | | 性別 | | | | | | |
| 住所 | 〒 — | | | | 連絡先 | TEL : (連絡が取りやすいもの) | | |
| | | | | | | MAIL : | | |
| 職業 | 主婦 ・ 会社員 ・ 自営業 ・ 学生 ・ その他 () | | | | | | | |
| 受講の動機 | 次の番号を○で囲んでください。 1 介護業務に従事する事が決まっているが、福祉関係資格を有していない者 2 すでに介護業務に従事しているが、福祉関係資格を有していない 3 東松山市内にて介護業務に従事する事を希望している者 4 介護業務に従事する事を希望する者 | | | | | | | |
| 返金制度 | <受講料返金制度の利用について> | | | | 次の番号を○で囲んでください。 | | | |
| | 1 返金制度を利用したい | | | | 2 返金制度を利用しない | | | |
| テキスト | ふりがな付きテキスト希望 有 ・ 無 | | | | | | | |

● 個人情報の取扱い 及び 同意 について

社会福祉法人東松山市社会福祉協議会の研修事業にて知り得た個人情報について、研修中はもちろん、研修終了後も第三者に故意または過失によつての漏洩や、研修中に知り得た情報等を無断で使用しないなど、上記内容に同意します。

署名 _____

《研修の概要》

日 程 令和5年11月26日（日）～ 令和6年3月10日（日）
 場 所 東松山市総合福祉エリア会議室及び住まいづくり体験館(東松山市総合福祉エリア内)
 対 象 高齢者・障害者福祉等に関心があり、介護サービスに従事することを希望する方
 全日程参加可能な方
 定 員 24名（先着順）
 費 用 総額62,124円（税込）
 内訳（受講料50,000円、テキスト代6,477円）（税別）
 お申込み 11月17日（金）午後5時00分までに、受講申込書に必要事項をご記入の上、総合福祉エリアまでご提出ください。

お問い合わせ 東松山市社会福祉協議会 総務課 担当（田島・高荷）
 TEL：0493-21-5556 FAX：0493-25-3305
 ホームページ：http://www.smile-shakyo.jp/training/

【※ 以下、東松山市社会福祉協議会 記入欄】

| | | | |
|------|--|----------------------------|----------------------|
| 受付番号 | | 本人確認書類 (コピーまたは証明書番号の控え) | 免許証： 保険証： その他： |
|------|--|----------------------------|----------------------|