

**令和5年度 介護福祉士実務者研修
受講申込書**

※この欄には記入しないでください

申込日	令和 5年	月	日	受付者		申込書	□来所	□郵送
-----	-------	---	---	-----	--	-----	-----	-----

【申込書を提出する前に再確認】 ※チェック欄に☑(チェック)してください

チェック欄	提出書類
<input type="checkbox"/>	受講案内の内容を確認しました
<input type="checkbox"/>	令和5年度 介護福祉士実務者研修 受講申込書（本紙）に記入しました
<input type="checkbox"/>	94円切手を貼った長3封筒(235×120mm)封筒を添付しました (※表面に自宅の郵便番号、住所、氏名を記入)

※記入漏れのないようお願いします

希望回	第	回	※必ず受講案内をよく読んで、申し込んでください					
フリガナ 氏名								
生年月日	昭和 平成	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女
住所	〒							
連絡先	T E L							
	携帯電話							
現在の お勤め先								
職歴 <small>※介護業務のみ</small>	年	月	～	年	月	勤務 年数	年	ヵ月
	年	月	～	年	月		年	ヵ月
	年	月	～	年	月		年	ヵ月
	年	月	～	年	月		年	ヵ月
	合計							年
資格等	該当欄に☑(チェック)してください <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 訪問介護員養成研修 (級課程) <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> その他 () ()							

介護福祉士 国家試験について	令和5年度の介護福祉士国家試験の受験を、 <input type="checkbox"/> 考えている <input type="checkbox"/> 考えていない <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
給付金制度の 利用について	給付金の申請を、 <input type="checkbox"/> 予定していない <input type="checkbox"/> 予定している [<input type="checkbox"/> 教育訓練給付金制度 <input type="checkbox"/> 母子家庭・父子家庭自立支援教育訓練給付金制度]
個人情報保護法 関連	ご記入いただいた個人情報は、当研修や就職の紹介・求人情報、 その他福祉職場への就職に関する情報提供で利用することがあります 利用について （ 同意する ・ 同意しない ）

※この欄には記入しないでください