

介護職員初任者研修 受講申込書

FAX 又は郵送にてお申込み下さい。

締切日 令和 2 年 9 月 4 日必着

FAX	052-253-8931
郵送	〒460-0025 愛知県名古屋市中区古渡町9番18号 社会福祉法人むつみ福祉会 法人本部事務局 介護職員初任者研修係

記入日 令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	昭和・平成 年 月 日	歳
現住所	〒			
連絡先	電話	FAX		
メールアドレス (任意)				
ご職業	1. 主婦 2. 学生 3. アルバイト・パート 4. 介護職 5. 会社員 6. 自営業 7. その他()			
介護職実務経験	☐ 経験有り(経験年数 年 ヶ月) ☐ 経験無し			
	経験有りの方は、具体的に記入して下さい。			
受講にあたり 配慮が必要な方	配慮事項を具体的に記入して下さい。			

※尚、ご記入いただきました個人情報につきましては、本研修以外には、使用いたしません。

事業所記入欄	受付日：	受講可否通知：	入金日：
--------	------	---------	------

誓約書

社会福祉法人むつみ福祉会
理事長 殿

受講申込書の記載事項は事実と相違ありません。また、以下の内容について誓約します。

1. 受講期間中は貴法人が定める学則を遵守し研修に参加します。
2. 研修修了後は、貴法人が経営するなごみ居宅・移動サポートセンターへ6ヶ月以上登録し、サービスの依頼があった場合は可能な限り引き受けます。
3. 介護職員初任者研修において知り得た、利用者・家族、職員の個人情報等は受講中はもちろん受講後も第3者に漏洩しないことを誓います。

令和 年 月 日

氏 名(自署) _____