

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 5 年 1 月 5 日必着

FAX	052-322-7562
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 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	<input type="checkbox"/> 経験有り(経験年数 年 ヶ月) <input type="checkbox"/> 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三者に漏洩しないことを誓います。

令和 年 月 日

氏名(自署) _____