|  |
| --- |
|  開講年月日をご記入ください 　　　　　年　　　月　　　日 |

認知症介護実践者研修　受講申込書

※修了証に「氏名」「生年月日」が記載されますので、正確に記入してください。

介護職員初任者研修に際して提出して頂いた個人情報については本研修以外には使用いたしません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 |  | 写真貼り付け本人単身胸から上縦36㎜～40㎜ 横24㎜～30㎜ |
| フリガナ |  | 性別 |
| 氏名 |  | 男・女 |
| 生年月日 | 　年　　　　　　月　　　　　　日　(　　　　　歳） |
| 住所 | 〒☎ |
| 緊急連絡先 | ☎　　　　　　　　　 　　 　　　 　（続柄 　 　 ） |
| 勤務先名称 |  |
| 勤務先（学校） | 〒☎ |
| 本人確認書類※1 | □住民票　□市民カード　□健康保険証　□運転免許証　□パスポート　□年金手帳 |
| 介護経験 | 無・有（経験年数：　　　　　　　　　）□施設介護　□在宅介護　□家族の介護　　□その他（　　　　　　　　　） |
| 受講理由 |  □現在の仕事に必要　□これから福祉の仕事がしたい　□資格を取得したい □家族の介護に役立てたい　　□その他（ 　　　　　　　　　　　　　　） |
| 保有資格（複数記入可） | 無 ・ 有　□初任者研修修了　□実務者研修修了　□介護福祉士　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※１　本人確認書類は上記でチェックしたいずれかの書類の写し（コピー）を　　　　　　　　　受講申込書（本用紙）に添付し、ご提出ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付№ | 受付日《事務局使用欄》 | 受付者 | 備考 |
|  | 　　年　　　　　月　　　　　日　 |  |  |