

# 平成30年度 ゆいの里介護職員初任者研修受講申込書

社会福祉法人慈恵会  
 特別養護老人ホームゆいの里  
 理事長 廣田 加代子殿

私は、介護職員初任者研修の受講を申し込みします。

平成 年 月 日

氏名	フリガナ	性別	生年月日
	印	男・女	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
住所	〒 ( ) -		
緊急連絡先	日中に連絡のとれる場所	携帯 勤務先 その他	名前 ( ) -
ご職業	<input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> アルバイト・パート <input type="checkbox"/> 福祉施設職 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 医療関係職 <input type="checkbox"/> 自営業		
受講理由	<input type="checkbox"/> 福祉の仕事がしたい <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 資格をとっておきたい <input type="checkbox"/> 将来家族を介護する時に役立てたい		
福祉・医療に関する職歴 (例) ○○デイサービスセンター 平成○○年○月○日～現在に至る			
本人確認書類			
本人確認をさせていただきますので運転免許証をお持ちください。 ない場合は健康保険証・パスポート・年金手帳等（本人確認のできる公的なもの） （郵送の場合は、コピーを添付してください。）			
割引制度	<input type="checkbox"/> ペア割引 (ペアの方の氏名 )		
備考	※上記以外で研修事業所に伝えたい事がございましたらご記入ください。		

※今回提供いただきます個人情報は、この事業以外には使用いたしません。  
 ※修了証に「氏名」「生年月日」が記載されますので、正確にご記入下さい。

<アンケートにご協力ください。該当する□にチェックを入れてください。>

- ①「ゆいの里」のことを以前からご存じでしたか？  
はい      いいえ
- ②この講座を何でお知りになりましたか？  
 ( )
- ③資格取得後の介護職への就労を考えておられますか？  
はい      いいえ