

第4回介護職員初任者研修（通信）受講申込書

開講日	令和6年7月22日 月曜日	
申込期限	令和6年7月16日 火曜日	
受講料納付期限	令和6年7月16日 火曜日	
フリガナ		性別
氏名		男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日（ 歳）	
住所	（〒 - ）	
連絡先	TEL： 携帯・自宅・勤務先・（ ）	TEL： 携帯・自宅・勤務先・（ ）
ご職業	<input type="checkbox"/> 主婦・主夫 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> アルバイト・パート <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 福祉施設職員 <input type="checkbox"/> 医療関係職員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
勤務先・学校名		
緊急連絡先	TEL： 続柄（ ）	
通学方法	自動車・バイク・公共交通機関・徒歩・自転車・（ ）	
本人確認	①運転免許証 ②健康保険証 ③パスポート ④年金手帳 ⑤戸籍謄本（抄本）または住民票 ⑥住民基本台帳カード ⑦学生証 ⑧国家資格等の免許証又は登録証 等	
メールアドレス	@ .	
介護職実務経験	経験なし・経験あり（経験年数 年 ヶ月） 訪問介護・デイサービス・老人ホーム・障害者施設・その他	
受講動機(簡潔に)		
助成費支給希望	有・無	
	※希望される方は、うさぎ薬局介護事業所ヘルプーステーションまたはグループホームで3年間業務をおこなっていただくことが条件となります。	
受講料支払方法	現金・振込	
	【振込口座】 静岡銀行 伊豆高原支店 普通預金No.0182620 口座名義：株式会社うさぎ薬局 代表取締役 白石誠一郎	

受講申込方法

- 1.受講申込書に必要事項を記入して下さい。
- 2.申込書と本人確認書類を持って広野mcビル3階のヘルパーステーションまでお越し下さい
- 3.受講申込者が定員を超えた場合は、受講可否を後ほどご連絡します。
- 4.受講料のお支払いを以って申込みとさせていただきます。

注意事項

- 1) 今回ご記入いただいた個人情報は、「介護職員初任者研修講座」の運用以外に使用しません。
- 2) この個人情報は、漏えいのないよう法人規定のもと、厳重に管理いたします。
- 3) 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。