令和３年度　介護職員初任者研修課程
受　講　申　込　書

社会福祉法人池上長寿園理事長あて　　年　　月　　日

必ずご記入ください	ふりがな			性別	生　年　月　日	
	氏　　名			男 女	年　　月　　日 （　　歳）	
	電話番号	自宅		携帯		
	自宅住所	〒			職業	
	受講希望の理由・資格取得の目的をご記入ください。					
勤務先・学校の名称及び住所		＊区内在勤、区外在住の方は必ず記入してください。 電話（　　）				
免除申請	介護業務実務経験（過去３年以内）	事業所名	＊実務経験証明証添付			
		就業期間	年　　月　～　　年　　月 （週　　日　　１日　　時間）			
保護者の同意 ※申込者が未成年者である場合		＿＿＿＿＿＿＿が貴法人の介護職員初任者研修を受講することに同意します。 《住所》　　《氏名》 印				

アンケートにご協力ください。

研修修了後はこの資格（知識・技術）をどのように活かしたいとお考えですか。（複数回答可）	１．介護業務に従事（高齢者）　２．介護業務に従事（障害者） ３．現在の仕事のレベルアップ　４．ボランティア活動 ５．家族介護　６．いずれ仕事に就きたい ７．その他（　　）
この研修は何で知りましたか。（複数回答可）	１．ホームページ　２．ポスター・チラシ ３．知人　４．その他（　　）

本人確認チェック欄

済　・　未 運転免許証、保険証、マイナンバーカード等

☆本申込書から得た個人情報は、当研修に関する目的以外には使用しません。

☆提出された申込書等は、受講の諾否にかかわらず返却いたしません。