

2018(平成30)年度 介護職員実務者研修 受講申込書

申込先 社会福祉協議会 宛 提出日 年 月 日 現在

※ **白抜き部分**は任意記入です。それ以外の項目はすべてご記入ください。任意の項目以外でご記入のない場合申込は無効となります。

I 面接授業(介護過程Ⅲ)希望回	第1希望 <input type="text"/>	第2希望 <input type="text"/>	第3希望 <input type="text"/>
II 演習(医療的ケア演習)希望回	第1希望 <input type="text"/>	第2希望 <input type="text"/>	第3希望 <input type="text"/>
<small>希望回を入力してください(例:第1回目希望=[01])。なお、設定が1回の場合は第1希望のみご入力ください。欄が足りない場合は余白にご記入ください。詳しい日程/コード番号は申込先のパンフレットをご覧ください。</small>			
1 保有資格	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー3級 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 認知症介護実践者研修 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修 <input type="checkbox"/> 保有資格なし		
2 入学希望者氏名(カナ)	姓 <input type="text"/>	名 <input type="text"/>	
3 入学希望者氏名(漢字)	姓 <input type="text"/>	名 <input type="text"/>	
4 入学希望者旧姓(漢字)	姓 <input type="text"/>	<small>(旧姓で記載された添付書類がある場合のみご記入ください)</small>	
5 生年月日・性別	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	1…男 2…女	
6 自宅住所	〒 <input type="text"/>		
	<input type="text"/> 都道府県 <input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
7 自宅電話番号	<input type="text"/>		
8 携帯電話番号	<input type="text"/>		
9 メールアドレス	<input type="text"/> @ <input type="text"/>		
10 緊急連絡先	<input type="text"/>		
11 勤務先経営区分	<input type="checkbox"/> 1…私立民営 <input type="checkbox"/> 2…公立民営 <input type="checkbox"/> 3…公立公営		
12 勤務先法人名	法人区分(別表1) <input type="text"/>	法人名 <input type="text"/>	
13 勤務先名	<input type="text"/>		
14 勤務先部署名	<input type="text"/>		
15 勤務先種別	<input type="text"/> 別表2をご覧ください その他の場合具体的に⇒ ()		
16 職種	<input type="text"/> 別表3をご覧ください その他の場合具体的に⇒ ()		
17 勤務先住所	〒 <input type="text"/>		
	<input type="text"/> 都道府県 <input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
18 勤務先電話番号	<input type="text"/>		
19 教材の希望送付先	<input type="checkbox"/> 1…自宅 <input type="checkbox"/> 2…勤務先 (未記入の場合は自宅にお送りします)		
20 介護職種における実務経験年数	2019年3月31日時点で <input type="text"/> 年 <input type="text"/> ヶ月の予定		
21 来年度国家試験受験有無	平成30年度国家試験を受験する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/>		
22 その他保有資格・修了研修・科目	<input type="text"/> 別表4をご覧ください、すでに取得した科目の数字を左記にご記入ください		
23 本研修を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 1…中央福祉学院 HP 2…都道府県社協からの案内 3…市区町村社協からの案内 4…職場内で 5…友人・知人からの紹介 6…新聞・雑誌の広告を見て 9…その他⇒ ()		
24 研修案内の送付	<input type="checkbox"/> 上記住所に全国社会福祉協議会、都道府県・指定都市社協からの研修、出版物の案内送付を希望する場合は「1」、希望されない場合は「2」をご記入ください(未記入の場合は「1」とさせていただきます)		
25 その他	<input type="text"/>		

事務局記入欄

受講コース	添付書類	科目認定	抄本
縣市:学院	縣市:学院	縣市:学院	縣市:学院

総合
縣市:学院

面接授業決定回
演習決定回

		印

学籍番号 -