

# 2017(平成29)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  第2希望  第3希望

II 演習(医療的ケア演習)希望回 第1希望  第2希望  第3希望

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。

1 保有資格  介護職員初任者研修  ホームヘルパー1級  ホームヘルパー2級  ホームヘルパー3級  
 介護職員基礎研修  認知症介護実践者研修  喀痰吸引等研修  保有資格なし

2 入学希望者氏名(カナ) 姓  名

3 入学希望者氏名(漢字) 姓  名

4 入学希望者旧姓(漢字) 姓  (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)

5 性別・生年月日  1…男  2…女  年  月  日

6 教材の希望送付先  1…自宅  2…勤務先(未記入の場合は自宅にお送りします)

7 自宅住所 〒    
 都道府県

8 自宅電話番号

9 メールアドレス  @

10 携帯電話番号

11 緊急連絡先

---

12 勤務先住所 〒    
 都道府県

13 勤務先電話番号

14 勤務先経営区分  1…民立民営  2…公立民営  3…公立公営

15 勤務先法人名 法人区分(別表1)  法人名

16 勤務先名

17 勤務先部署名

18 勤務先種別  別表2をご覧ください その他の場合具体的に⇒ ( )

19 職種  別表3をご覧ください その他の場合具体的に⇒ ( )

---

20 介護職種における実務経験年数 2018年3月31日時点で  年  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  しない

22 その他保有資格・修了研修・科目  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  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  9…その他⇒ ( )

24 研修案内の送付  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

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  -