

須崎市介護職員初任者研修 受講申込書

申込日	令和 8 年 月 日		
フリガナ			
氏名			
生年月日	平成・昭和 年 月 日 (歳)		
住所	〒		
連絡先			
職業		勤務先名称	
介護経験	無・有 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 在宅介護 <input type="checkbox"/> 家族の介護 <input type="checkbox"/> その他()		
受講理由	<input type="checkbox"/> 現在の仕事に必要な <input type="checkbox"/> これから介護・福祉の仕事がしたい		
介護職への就労希望	無・有 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> その他()		
テキストの種類	<input type="checkbox"/> フリガナ有 <input type="checkbox"/> フリガナ無		

終了証に「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。

この講座をどのようにしてお知りになりましたか？

<input type="checkbox"/> 広報	<input type="checkbox"/> 須崎市のホームページ	<input type="checkbox"/> 介護施設の職員から聞いた	<input type="checkbox"/> 知人の紹介
<input type="checkbox"/> その他()			

※介護職員初任者研修に際して提出していただいた個人情報については本研修以外には使用いたしません。

事務局使用欄

受付 No.	本人確認書類	備考
R8-	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険資格確認書 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()	