（送付先）

FAX：０８５４－２７－７１１６　　mail：harumi.ryouke@yasugishakyo.com

介護職員初任者研修　受講申込書

申込日（令和８ 年　　月　　日）

ふりがな		生年月日（年齢）
氏　　名		昭和 ・ 平成　　年　　月　　日 （　　歳）
住　　所	（〒　　）	
電話番号	（自宅）　　（携帯）	
現在の勤務状況	□　現在、介護以外の仕事をしている 〔勤務先：　　〕 □　現在、介護の仕事をしている 〔事業所名：　　〕〔所在地：　　〕 □　現在、仕事をしていない	
申込理由		

◎研修終了後（資格取得後）の介護職としての就労希望　　□あり　　□なし

◎次の研修の修了者については、研修課程の一部を免除することができます。免除を希望される場合は、該当する研修にチェックを入れ、修了証書のコピーを添付してください。

□ 生活援助従事者研修　□ 入門的研修　□認知症介護基礎研修　□訪問介護に関する3級課程

※「氏名」「生年月日」については、修了証明書に記載しますので、正確に記入してください。

※申込者の個人情報は、本事業に関する事務手続き等を行う目的で使用し、他の目的で使用することはありません。また、無断で第三者に提供することはありません。

◆通学日は次のとおりです。

８月	１９日（水）、２０日（木）、２６日（水）、２７日（木）
９月	２日（水）、　９日（水）、１６日（水）、３０日（水）
１０月	７日（水）、１４日（水）、２１日（水）、２８日（水）
１１月	４日（水）、１１日（水）、１７日（火）、２５日（水）
１２月	２日（水）、　９日（水）