

第4回 介護福祉士実務者研修 申込書

医療法人社団 仁井谷医院
にいたにクリニック
院長 仁井谷 学 殿

私は、介護福祉士実務者研修の受講を申し込みます。

令和 6 年 月 日

フリガナ				年齢	歳	性別	男・女
氏名				生年月日	昭和 平成	年 月 日	
住所	〒 —						
自宅電話番号				携帯電話			
職業	※該当する番号を○で囲んで下さい 1. 主婦 2. 介護従事者(事業所名) 3. 学生 4. 会社員(職種) 5. 自営業(職種) 6. 無職 7. その他()						
保有資格	※下記の資格をお持ちの方は該当する番号を○で囲んで下さい 1. ホームヘルパー3級 2. ホームヘルパー2級 3. ホームヘルパー1級 4. 介護職員初任者研修 5. 介護職員基礎研修						
受講動機	※該当する番号を○で囲んで下さい(複数回答可)。 1. 就職に結び付けたい 2. 家族介護に活かしたい 3. 社会貢献(ボランティア等) 4. 介護の仕事をしているため仕事に活かしたい 5. 介護以外の仕事に活かしたい 6. 勧められたため(職場・家族・知人・その他) 7. その他()						
情報収集方法	※当研修の情報はどのような方法でお知りになりましたか？該当する番号を1つ○で囲んで下さい。 1. 当クリニックホームページ 2. 知人紹介 3. 掲示物 4. 学校・施設の紹介 5. その他()						
介護職への就労希望	1. 有 1-1. 施設 1-2. 通所サービス 1-3. 訪問介護 1-4. その他() 2. 無						

【受講申込書と同封するもの】

- ・本人確認ができる公的な書類のコピー
 (書類例) ・運転免許証 ・写真付き住民基本台帳カード ・旅券(パスポート)
 ・戸籍謄本 ・住民票
- ・保有資格が確認出来る証明証(有資格者のみ)のコピー
 (書類例) ・介護職員初任者研修 修了証など

【送付先】

- ・郵送の場合
 〒737-0046 広島県呉市中通2丁目8-18
 医療法人社団 仁井谷医院 にいたにクリニック 担当: 大室
- ・メールの場合
 メールアドレス omuro@niitani-clinic.jp
 医療法人社団 仁井谷医院 にいたにクリニック 担当: 大室

受付日	本人確認	受験番号	振込・支払確認	決定通知 重要事項説明	手続き完了

※右記は記入しないで下さい