第6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　8　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	※該当する番号を〇で囲んで下さい 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〇で囲んで下さい 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	※該当する番号を〇で囲んで下さい（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られましたか？該当する番号を1つ〇で囲んで下さい。 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：柴田

・メールの場合

メールアドレス　shibata@anemone-home.jp
医療法人社団仁井谷医院　にいたにクリニック　担当：柴田

	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						