

令和5年度 伊勢原市社会福祉協議会介護職員初任者研修通学課程

受講申込書

令和5年 月 日

氏名	ふりがな	生年月日	S 年 月 日
	男 女		H (歳)
住所	〒		
連絡先	電話番号 日中の連絡先 携帯電話 E メールアドレス		
緊急時連絡先	ふりがな 氏名	電話番号	続柄
お持ち頂いた 身分証明書	☐ 運転免許証 ☐ 健康保険証 ☐ マイナンバーカード ☐ その他 ()		
現在の就労状況	☐ 就労していない ☐ 就労している 職種 ()		
就労意欲	☐ 研修修了後直ちに就職したい ☐ 就職先が決まっている ☐ 既に施設・事業所で介護業務に携わっている ※就職予定、介護業務に携わっている方は、差し支えなければ次にご記入ください。 (事業所名:) ☐ しばらく就職は希望しない (年 月頃予定) ☐ 就職は希望しない		
受講の動機			
在宅での介護 経験	☐ 有 → ☐ 現在介護中 () ☐ 以前介護をしていた () ※差し支えなければ () 内に誰を介護されていたかご記入ください。 ☐ 無		

※上記内容で知り得た個人情報は、当研修管理業務の目的以外に使用しません。

事務所記入欄

