

栗源介護研修センター【介護福祉士実務者研修】申込書

記入日：令和 年 月 日

|                                                                |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                    |         |  |
|----------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------|--|
| ふりがな                                                           |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                    | 性別      |  |
| 氏名                                                             |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                    | 男性 ・ 女性 |  |
| 生年月日（和暦）                                                       |          | 昭和 ・ 平成 年 月 日 （ 歳）                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                    |         |  |
| 住所                                                             |          | 〒                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |         |  |
| 連絡先                                                            | 携帯（自宅）電話 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                    |         |  |
|                                                                | メールアドレス  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                    |         |  |
| 介護職員としての勤務経験                                                   |          | 約 年 か月 ・ 経験なし<br>※複数の事業所又は期間で勤務されていた場合、合算した年月数をご記入下さい。                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |         |  |
| 現在の<br>勤務状況                                                    | 事業所名     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                    |         |  |
|                                                                | 職種       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                    |         |  |
| 今年度国家試験『介護福祉士』を受験する予定                                          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 予定しています ・ 予定はありません |         |  |
| 国家試験対策講座も申し込みますか                                               |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | はい ・ いいえ           |         |  |
| 『受講資金貸付制度』を利用する予定<br>※要件についてはホームページの『貸付制度について』<br>又は電話でご確認下さい。 |          | 利用意思                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 利用する予定です ・ 利用しません  |         |  |
|                                                                |          | 要件                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 要件を満たします ・ わかりません  |         |  |
| 受講料等の支払方法<br>※貸付制度を利用する方は空欄で結構です。                              |          | <input type="checkbox"/> 一括払い <input type="checkbox"/> 分割払い                                                                                                                                                                                                                                                   |                    |         |  |
|                                                                |          | <input type="checkbox"/> 現金払い（持参） <input type="checkbox"/> 振込払い                                                                                                                                                                                                                                               |                    |         |  |
| 研修中にこちらに<br>配慮してほしいこと                                          |          | (例：耳が遠い など)                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                    |         |  |
| 本人確認<br>※カード又は書類のコピーを<br>申込時に添えて下さい。                           |          | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード<br><input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他（ ）<br>・ 顔写真がない以下の身分証の場合、2種類以上をお願いします。<br><input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 住民票<br><input type="checkbox"/> マイナンバー通知カード <input type="checkbox"/> その他（ ） |                    |         |  |
| 申込経緯<br>(複数回答可)                                                |          | <input type="checkbox"/> ホームページを見た。 <input type="checkbox"/> 新聞折込チラシを見た。<br><input type="checkbox"/> 掲示してあるチラシを見た。(どこで? → )<br><input type="checkbox"/> 置いてあるチラシを見た。(どこで? → )<br><input type="checkbox"/> 職場の同僚から聞いた。 <input type="checkbox"/> 家族又は知人から聞いた。<br><input type="checkbox"/> その他（ ）                |                    |         |  |
| 申込理由<br>(複数回答可)                                                |          | <input type="checkbox"/> スキルアップしたいから <input type="checkbox"/> 給料を増やしたいから<br><input type="checkbox"/> 転職に有利だから <input type="checkbox"/> 職場から勧められたから<br><input type="checkbox"/> 介護の勉強をしたいから<br><input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                                 |                    |         |  |

栗源介護研修センター（佐藤） 住所：〒287-0102 千葉県香取市岩部946番1

電話：0478-75-1002

FAX：0478-75-1030

メール：youkikai@pure.ocn.ne.jp

LINE (ID)：kensyuu@youkikai2023

<振込先の口座> ゆうちょ銀行 ○二九（ゼロニキュウ）店

口座記号：00240-9

口座番号：0146298

名義：社会福祉法人陽気会