

2024年度 社会福祉法人わたり福祉会
介護職員初任者研修 受講申込書

(この用紙の大きさは日本工業規格A4)

| | | | | | |
|----------------------------------|--|---------------------|--|---------------------|---|
| | | 申込日 | 2024年 | 月 | 日 |
| フリガナ | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 写真 (タテ4cm×ヨコ3cm) | |
| 氏名 | | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | | | |
| 住所 | 〒 - | | | | |
| 連絡先 | TEL (自宅) - - | 携帯 | - | - | - |
| 主な学歴 | 年 月 ~ 年 月 | | | | |
| | 年 月 ~ 年 月 | | | | |
| 現在のお勤め先 または学校 | 年 月 ~ 就業者・無し | | | | |
| 主な職歴 ※直近から ご記入ください | 年 月 ~ 年 月 | | | | |
| | 年 月 ~ 年 月 | | | | |
| | 年 月 ~ 年 月 | | | | |
| 普通自動車 運転免許証 | 有・無 | 他の免許・資格 (有・無) | 医療・福祉関連の資格は、漏れなく記載してください | | |
| 講義会場(はなしの ふ)までの交通手段 ※複数回答可 | 1.車(自分で運転) 5.徒歩 | 2.バイク 6.家族等による送迎 | 3.自転車 7.その他() | 4.電車 | |
| 介護や ボランティア等 の経験 | 経験の概要を記載してください | | | | |
| 研修受講にあ たっての動機、 抱負など | | | | | |
| 研修受講後 の希望 | 該当箇所を○で囲んでください。(複数回答可) 1. 介護職員として働きたい 2. 介護職員として現在就業者 3. 家族の介護に役立てたい 4. その他() | | | | |
| この研修をどこ で知りましたか | 該当箇所を○で囲んでください。(複数回答可) 1. わたり福祉会のホームページ 2. 新聞、雑誌広告 具体的に→() 3. その他 | | | | |
| 感染症対策について | 「新型コロナウイルス感染症等にかかる感染予防対策について」の内容を承諾しました <input type="checkbox"/> | | | | |

申込期間：2024年8月5日(月)～8月26日(月) ※受講希望者本人が直接申し込むこと

申込先：介護老人保健施設はなひらの 福島市飯坂町平野字小深田1-5 TEL 024-542-8755

わたりケアセンターはなみずき 福島市渡利字中江町29-3 TEL 024-573-5432

特別養護老人ホームはなしのふ 福島市平石字堰ノ上3番地 TEL 024-544-0711

受付使用欄

| | | | |
|----------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| 本人確認の方法 (※学生証は不可) | <input type="checkbox"/> 運転免許証 | <input type="checkbox"/> 健康保険証 | <input type="checkbox"/> その他() |
| 連絡上の注意点 | | | |
| 全日程出席 | <input type="checkbox"/> 可 | <input type="checkbox"/> 欠席あり() | 受付者 |