

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