重度訪問介護従業者養成研修受講申込書

記入日：　　年　　月　　日

受講希望日	月　　日、　　日、　　日　**※必ずご記入下さい**			
フリガナ				
氏名				
住所	〒			
日中ご連絡がとれる電話番号		生年月日	年　　月　　日生(　　歳)	
緊急連絡先 フリガナ		続柄		
緊急連絡先 氏名		電話番号		
所属事業所 事業所名			承認印 **※必須**	
所属事業所 住所	〒		印	
所属事業所 電話番号				
受講決定通知郵送先	□受講生住所　□事業所住所　□その他[　　]			
テキスト	□購入希望(テキスト代3,800円(税込)申込)　□購入しない(持っている)			

1　介護や福祉、医療に関する資格をお持ちでしたら教えてください。
例）ホームヘルパー、ガイドヘルパー、初任者研修、介護福祉士、看護師、PT、OTなど(取得中、通学中も含む)

[　　]

2　介護経験の有無について

- □ 介護経験無し
- □ 介護経験有り
  - 経験年数　約　　年　　ヶ月
  - 経験内容
    - □ 施設介護 [　　]
    - □ 在宅介護 [　　]
    - □ 家族の介護 [　　]

※事務処理欄（備考）	入金	入力	郵送

※本研修申込書の提出をもって、下記の個人情報の取り扱いに同意したものといたします。

- 社会福祉法人幹福祉会は「個人情報の保護に関する法律」を遵守し、個人情報を取り扱います。
- 研修申し込みに際して得た個人情報は、研修申し込みに伴う書類発送など、研修の開催・運営を目的として用い、この利用目的の範囲を超えて、個人情報を取り扱うことはいたしません。

※消せるボールペン、鉛筆、シャープペンシル等でのご記入はご遠慮ください。