

# 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)	
連絡先 <small>緊急</small>	フリガナ	続柄	
	氏名	電話番号	
所属事業所	事業所名		
	住所	〒	
	電話番号		
			承認印 ※必須
	印		
受講決定通知 郵送先	<input type="checkbox"/> 受講生住所 <input type="checkbox"/> 事業所住所 <input type="checkbox"/> その他 [ ]		
テキスト	<input type="checkbox"/> 購入希望(テキスト代3,800円(税込)申込) <input type="checkbox"/> 購入しない(持っている)		
領収証宛名	<input type="checkbox"/> 受講生氏名 <input type="checkbox"/> 事業所名 <input type="checkbox"/> その他 [ ] ※受講料は研修初日に現金にてお支払いください。		
<p>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。</p> <p>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)</p> <p>[ ]</p>			
<p>2 介護経験の有無について</p> <p><input type="checkbox"/> 介護経験無し</p> <p><input type="checkbox"/> 介護経験有り</p> <p>● 経験年数 約 年 ヶ月</p> <p>● 経験内容</p> <p><input type="checkbox"/> 施設介護 [ ]</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅介護 [ ]</p> <p><input type="checkbox"/> 家族の介護 [ ]</p>			
※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。
- ・ 研修申し込みの際に得た個人情報は、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。