

# 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		
開催要件	本研修は、原則として3名以上のお申込みで開催いたします。開始日1週間前までに所定の人数に達しない場合は中止となる場合がございますので、あらかじめご了承ください。		
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 (西暦)	年 月 日生( 歳)	
連絡先 緊急	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	
申込書 受付連絡	申込書が事務局に届いた際、確認の電話連絡は必要ですか <input type="checkbox"/> 必要 ( <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 受講生) <input type="checkbox"/> 不要		
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。領収証の再発行はいたしません。		
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(取得中、通学中も含む) 例) ホームヘルパー(訪問介護員)、ガイドヘルパー(移動支援・介護従業者)、同行援護従業者、初任者研修、実務者研修、介護福祉士、看護師、PT、OTなど [ ]			
2 介護経験の有無について <input type="checkbox"/> 介護経験無し <input type="checkbox"/> 介護経験有り→以下ご記入ください ● 経験年数 約 年 ヶ月 ● 経験内容 <input type="checkbox"/> 施設介護 <input type="checkbox"/> 在宅介護 <input type="checkbox"/> 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・運営を目的として使い、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記入はご遠慮ください。