**宛先：いちき串木野市長寿介護課介護保険係　行き**

**ＦＡＸ：０９９６-３３—３３００**

　**メール：kaigo2@city.ichikikushikino.lg.jp**

* 必要事項をご記入の上、いちき串木野市長寿介護課介護保険係（串木野庁舎１階）へ申込書を

６月１１日（水）までに提出してください。（ＦＡＸまたはメールでの提出可）

介護職員初任者研修受講申込書

申込日：令和　　年　　月　　日

下記のとおり、申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 年　齢 | 満　　　歳 |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 西暦〔　　　　　〕年　昭和・平成　　年　　月　　日 | 職業等 | 　　　 |
| 住所(書類等送付先) | 〒　　　－　　　　 |
| 電話番号／携帯番号 | ご自宅　電話番号　　　　　　－　　　　　－　　携帯番号　　　　　　－　　　　　－　　 |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　　＠ |
| 資格・終了研修等ご記入ください | □ 訪問介護員研修(ヘルパー)3級修了者□ 生活援助従事者研修修了□ 介護保険サービス事業所で1年以上介護職として働いたことがある□ 介護に関する入門的研修修了者（全講座修了者）□ 介護関係以外の資格　※具体的にご記入ください。　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕　 |
| 勤務先名（現在、勤務されている方のみ） | 法人名：施設・事業所・病院等名： |