**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： | | |