　　　　　　　　　　　　　　　　　（切り離してご提出いただくか、コピーしてご利用ください）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **介護職員初任者研修　参加申込書（令和４年度　第２回）** | | | | | | | | |
| ３×４㎝  顔写真　貼付  着帽不可  　上半身  6ヶ月以内  背景無地  カラー  **記入年月日　　令和　　　　年　　　　月　　　　日** | | | | | | | | |
| **フリガナ**  **氏名** |  | | | | | |  | |
| **住所** | （〒　　　　　－　　　　　　　　） | | | | | |
| **電話番号** | 自宅 | （　　　　　　）　　　　　　　－ | | 携帯電話 | | （　　　　　　）　　　　　　　－ | | |
| **生年月日** | 昭和　・　平成  　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | |  | | 歳 | | 性別 | 男性 ・女性 ・その他 |
| **職　業** | １　主婦(夫)　　　　２　会社員　　　３　自営業　　　４　介護施設職員  ５　パート・アルバイト　　　６　学生　　　　７　無職　　　　８　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| **研修を**  **知った**  **きっかけ** | ・広報なごや　　　・ホームページ　　　・案内チラシ　　　・知人からの紹介  ・なごやかスタッフ（氏名：　　　　　　　　　　　　　さん）からの紹介　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　）  **※なごやかスタッフからの紹介書をお持ちの方は、参加申込書に添付してください。** | | | | | | | |
| **受講料**  **支払方法** | ・一括払い(48,000円×1回)　　　・２回払い（24,000円×２回）　　　・４回払い(12,000円×４回) | | | | | | | |
| **講義時の**  **席配置** | **前列希望の有無について**　　　　・前列を希望する　　　　・特に希望なし | | | | | | | |
| **健康状態・持病など** |  | | | | | | | |
| **確認**  **事項** | **下記内容についてご確認いただき、チェック欄に「☑」を記入してください。**    **□　「令和４年度第２回介護職員初任者研修」案内に記載されたすべての事項に**  **ついて了承しました。** | | | | | | | |
| **「介護職員初任者研修」を受講したい理由をご記入ください。** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **その他　心身の状況等配慮が必要な場合や、当センター事務局へ伝えたいこと等があればご記入ください。** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

**社会福祉法人　名古屋市社会福祉協議会**