社会福祉法人　小田原福祉会　実施

2018年(平成30年)度　介護職員実務者研修　受講申込書

提出日　　年　　月　　日 現在

申込先　　小田原福祉会　宛

白抜き部分は任意記入です。それ以外の項目はすべてご記入ください。任意の項目以外でご記入のない場合申込は無効となります。

1 入学希望者氏名（カナ）　姓　　名
2 入学希望者氏名（漢字）　姓　　名
3 入学希望者旧姓（漢字）　姓　　旧姓で記載された添付書類がある場合のみご記入ください
4 性別・生年月日　　1･･･男　2･･･女　　年　　月　　日
5 教材の希望送付先　　1･･･自宅　2･･･勤務先（未記入の場合は自宅にお送りします）
6 自宅住所　〒　－
都・道府・県
7 自宅電話番号　－　－
8 自宅FAX番号　－　－
9 メールアドレス　@
10 携帯電話番号　－　－
11 緊急連絡先　－　－
12 勤務先住所　〒　－
都・道府・県
13 勤務先電話番号　－　－
14 勤務先FAX番号　－　－
15 日中勤務先連絡の可否　　1･･･可　2･･･否
16 勤務先経営区分　　1･･･民立民営　2･･･公立民営　3･･･公立公営
17 勤務先法人名　法人区分(コード表1)　　法人名
18 勤務先名
19 勤務先部署名
20 勤務先種別　　コード2表をご覧ください　その他の場合具体的に⇒（
21 職種　　コード3表をご覧ください　その他の場合具体的に⇒（　　）
22 介護職種における実務経験年数　　年　　ヶ月　今年度末時点での年数をご記入ください
23 保有資格　□介護職員初任者研修　□ホームヘルパー1級　□ホームヘルパー2級　□ホームヘルパー3級
□介護職員基礎研修　□認知症介護実践者研修　□喀痰吸引等研修　□該当なし
24 修了認定にかかる科目　　コード表5をご覧になり、すでに取得した資格の数字を左記にお書きください。
25 本研修を知ったきかっけ　　1･･･小田原福祉会HP　2･･･中央学院から　3･･･小田原福祉会からの案内　4･･･職場内で
9･･･その他⇒（　　）
26 研修案内の送付　　上記住所に小田原福祉会、全国社会福祉協議会、都道府県・指定都市社協からの研修、出版物の案内送付を希望する場合は「1」、希望されない場合は「2」をご記入ください（未記入の場合は「1」とさせていただきます）
27 その他　[　　]

事務局記入欄

書類		保有資格		科目認定		抄本	
県市	学院	県市	学院	県市	学院	県市	学院

総合	
県市	学院

面接授業決定回
演習決定回

印

受付番号　－
学籍番号　－