社会福祉法人　小田原福祉会　実施

2019年(平成31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　社会福祉法人　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。

Ⅰ 面接授業(介護過程Ⅲ)希望回　第1希望　　第2希望　　第3希望

Ⅱ 演習(医療的ケア演習)希望回　第1希望　　第2希望　　第3希望

希望回を入力してください（例：第1回目希望＝［01］）　なお、設定が1回の場合は第1希望のみご入力ください。詳しい日程／コード番号は申込先のパンフレットをご覧ください。

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(コード別表1)　　法人名

18 勤務先名

19 勤務先部署名

20 勤務先種別　　コード別表2をご覧ください　その他の場合具体的に⇒（

21 職種　　コード別表3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　　コード別表4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･･･中央福祉学院HP 2･･･都道府県社協からの案内 3･･･市区町村社協からの案内 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		総合	
県市	学院	県市	学院	県市	学院	県市	学院	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　　－