

受付日	受付番号	備考(1)	備考(2)	備考(3)
*	*	*	*	*

\*の欄は、記入しないでください

## 平成29年度 第2回 豊島区社会福祉事業団 介護職員初任者研修 受講申込書

ふりがな		性別	男・女	年齢	歳
氏名		生年月日	年 月 日		
住所	〒				
電話	TEL	昼間の連絡先	TEL		
現在の職業		最寄駅			
応募理由(動機や目的、決意を具体的に)					
これまでの介護や生活援助に関する活動歴					
研修終了後の介護の活動や就業等の予定					
☆介護業務の実務経験を有する方 介護施設等で、過去3年間に6カ月以上継続的(週1回以上)に介護業務に従事された方は、一部の科目について免除できます。該当項目に○をして下さい。⇒	免除希望		講義で前方の座席を希望する方は下欄に理由(難聴、近眼等)を記入してください。		
	有 ・ 無				
実習の同行訪問は自転車での移動が中心になります。自転車に乗れるかどうか、また自己の自転車で実習先に行かれるか○をつけてください。(実習先が自宅から近距離の場合を想定してください)		自転車に乗れますか		自己の自転車で実習先に行くことができますか	
		乗れる	乗れない	来られる	来られない

◎書類審査の場合は、受講の必要性、緊急性、意欲等で選考しますので、このことを踏まえて記入してください。

◎返信(合否)用封筒[長3サイズ(120mm×235mm)に82円切手貼付]を添えて、お申し込み下さい。

◎受講申込書に記載された氏名・住所等の個人情報、本研修を円滑に行なうため講師・実習先に提供するほか、本事業団の事業案内、ボランティア募集等の資料送付に使用させていただきます。

\*受講決定となった方には、運転免許証(写)・健康保険証等(写)等、本人確認のできる書類を開講式に提出頂きますので、ご了承ください。(詳細は、受講決定通知でお知らせいたします。)