

令和6年度 花輪ふくし会

介護職員初任者研修 受講申込書

(写真欄)

※写真は申込前6か月以内に帽子をつけないで、正面から上半身を撮ったもので、本人と確認できるものがが必要です。

(縦4cm、横3、5cm以内)

*太枠内は必ずご記入下さい。二重線囲みは該当項目にご記入願います。

申 込 日	令和 6年 月 日				
種 別	(1. 一般 ・ 2. 花輪ふくし会職員) ※どちらか○印で囲む				
フリガナ 氏 名	(印)	S・H	年	月	日生 年齢 男・女
住 所	〒	電 話 番 号	()		
		携 帯 電 話	()		
		緊急時連絡先 (必須)	()		
介護関係の 保有資格名					
介護職経験	有 ・ 無 ※どちらか○印で囲む				
受講希望理由					
添付書類	本人確認書類のコピー提出 ※いずれかを○印で囲む 1.運転免許証 2.健康保険証 3.その他 ()				

(一般受講の方) 下記についてご記入願います	
受講料の 納入方法	1. 現金で一括払い ※講義開始日に納入をお願いします。 2. 現金で分割払い 2回 3回 4回 (希望の回数を○印で囲む) ※現金分割払いは、講義開始日に1回目を納入し、研修期間内で全額納入をお願いします。
就職状況	1. 就職している(勤務先:) 2. 就職していない
学生の場合	学校名・学年 (・)
研修修了後 の就職相談 について	1.希望する (a,高齢者関係、b,障がい関係、c,どちらも関心ある) 2.希望しない 3.閉講日前までに決める

(現在「花輪ふくし会」に勤務している方) 下記についてご記入願います	
現在の所属先	
受講料の 納入方法	1. 現金で一括払い ※基本は講義開始日に納入をお願いします。 2. 分割支払い方法及び回数 (給与天引き: 回 ・ 現金 回) ※現金分割払いについては、講義開始日に1回目の納入をお願いします。 給与天引きの方は、最高8回までの分割で支払いができます。

花輪ふくし会使用欄	本人確認方法 1.運転免許証 2.健康保険証 3.その他 ()
備 考	社会福祉法人 花輪ふくし会 令和 6年度 介護職員初任者研修 受付番号NO

「申込先」〒018-5201 鹿角市花輪字案内63番地1 社会福祉法人 花輪ふくし会 法人本部 介護職員初任者研修係 宛 Tel 0186-22-4000 ※持参または郵送でお申込みください。 ※申込みの際には、本人確認が必要となりますので、運転免許証、健康保険証等、身分が証明(コピー)できるものを添付しお申込みください。	
--	--