

# 人材育成研修施設 ひといく伊月

## 介護職員初任者研修 受講申込書

私は、介護職員初任者研修の受講を申し込みます

記載日：令和 年 月 日

|                                  |  |  |   |
|----------------------------------|--|--|---|
| フリガナ                             |  |  |   |
| 氏名                               |  |  |   |
| 生年月日                             |  | 性別   | 男 ・ 女   |
| 住所                               | 〒 -  |  |   |
| 電話番号                             |  | 携帯電話   |   |
| 緊急連絡先<br>電話番号                    | 氏名： 続柄：<br>( ) -   |  |   |
| メールアドレス                          |  |  |   |
| 申込時提出書類<br>(本人確認書類)<br>※いずれか1つで可 | <input type="checkbox"/> 運転免許証<br><input type="checkbox"/> 住民票<br><input type="checkbox"/> 学生証 | <input type="checkbox"/> 健康保険証<br><input type="checkbox"/> パスポート                                       |   |
| 研修を知った<br>きっかけ                   | <input type="checkbox"/> インターネット<br><input type="checkbox"/> 紹介<br><input type="checkbox"/> 看板 | <input type="checkbox"/> ホームページ<br><input type="checkbox"/> 広告・チラシ<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |   |
| 受講方法<br>※実習や一部実技講習は通学が必要です       | <input type="checkbox"/> 通学のみ<br><input type="checkbox"/> ZOOMのみ                               | <input type="checkbox"/> 主に通学、ZOOM 併用<br><input type="checkbox"/> 主に ZOOM、通学併用                         | 注) ZOOM 受講が可能な科目についての受講方法に関する質問です。<br>なお、研修開始後も変更することが可能です。           |
| 支払方法                             | <input type="checkbox"/> 現金  | <input type="checkbox"/> 銀行振込 (手数料：受講生負担)  |   |
| 支払い回数                            | <input type="checkbox"/> 一括払い  | <input type="checkbox"/> 分割払い  |   |
| 法人への就職                           | <input type="checkbox"/> 希望する  | <input type="checkbox"/> 希望しない   | <input type="checkbox"/> 既存職員<br>※法人への就職者のみ受講料の支払が猶予されます (別途、契約が必要です) |

(裏面へ続く)

|   |   |
|---|---|
| ※以下、自由記載 差し支えなければご記入ください。記載なく、空欄でもかまいません。 |   |
| ご職業                                       | <input type="checkbox"/> 主婦・主夫 <input type="checkbox"/> アルバイト・パート<br><input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 学生<br><input type="checkbox"/> 福祉施設職員 <input type="checkbox"/> 自営業<br><input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> その他（                              ）<br><input type="checkbox"/> 公務員<br><input type="checkbox"/> 学生 |
| 勤務先<br>学校名                                |   |
| 研修受講動機                                    | <input type="checkbox"/> 福祉の仕事に就きたい <input type="checkbox"/> 資格取得のため<br><input type="checkbox"/> 家族の介護のため <input type="checkbox"/> 現在の仕事のため<br><input type="checkbox"/> その他（                              ）   |
| 受講後の展望                                    | <input type="checkbox"/> 施設系に就職希望 <input type="checkbox"/> 通所系施設に就職希望<br><input type="checkbox"/> 家族介護への活用 <input type="checkbox"/> 現在の職場で勤続<br><input type="checkbox"/> 転職を検討している <input type="checkbox"/> 就職活動を行う   |

【注意事項】

1. 介護職員初任者研修に際して提出いただいた個人情報については本研修（講義、実習、修了証の発行）以外には使用しません
2. 提出いただいた個人情報は、修了後、修了証発行のため、兵庫県へ提出させていただきます
3. 修了証に「氏名」「生年月日」が記載されるため、誤字が無いように正確に記載してください
4. お支払いは、申し込み後指定口座への振り込み、または窓口での現金支払いとさせていただきます  
支払いが確認された後、申し込み完了、受講決定とさせていただきます
5. お支払いに関しては、分割払いも対応させていただきます。随時相談に応じさせていただきますので、担当者へ問い合わせください（別途契約が必要です）
6. 受講者が超過した場合は、先着順とさせていただきますため、あらかじめご了承ください
7. 受講者が5名に満たない場合は、研修開催を中止させていただきます事があります。あらかじめ、ご了承ください

○受講申込書に記載した内容は事実と相違ありません。また、以下の内容を厳守します。

- (ア) 受講期間中は貴法人が定める学則、規定、注意事項に則り、研修に参加します
- (イ) 介護職員初任者研修において知り得た、利用者・家族、職員の個人情報等を受講中はもちろん、受講後も第3者へ漏洩しません

令和    年    月    日

氏名（自筆）： \_\_\_\_\_