

神河町社協令和5年度「介護福祉士実務者研修」

受講申込書

ふりがな 氏 名	㊞		性別	男 ・ 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日		年齢	歳
住所	〒 ー			
連絡先 〔携帯電話〕		介護業務 従事期間	年 ヶ月 ・ なし	
仕事の有無	<input type="checkbox"/> 仕事に就いている (勤務先 :) * 業種 <input type="checkbox"/> 介護、医療関係 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 現在、求職活動中である <input type="checkbox"/> 仕事に就く予定はない			
有する介護資格	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー 2 級 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> その他 [] ※複数 <input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 資格なし			
受講の動機				
<p style="text-align: center;">介護施設長・事業所長の推薦 〈可能な方〉</p> <p>上記の職員は有望な人材であり、当研修を受講させたく推薦いたします。また研修期間中は本人の学習が進むよう配慮いたします。</p> <p>* 施設・事業所名</p> <p>* 所属の長</p> <p style="text-align: right;">㊞</p>				

・ 受付番号 _____ ・ 受付日 _____ 月 _____ 日