

介護職員初任者研修申込書

福智町社会福祉協議会 御中

私は、下記のとおり介護職員初任者研修 福智町社協ケアスクールの受講を申し込みます。

申込日	令和 6年 月 日	No.	
氏名	(フリガナ)	生年月日	
		西暦	年 月 日(歳)
住所	(フリガナ) 〒		
連絡先	(携帯) - - (自宅) - -		
緊急 連絡先	(氏名)	(続柄)	
	(電話番号)	-	-
勤務先 /学校名	名称		
	電話	-	-
	住所		
実務経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (施設・在宅サービス) 経験年数 満 年		
通学手段	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩		
本人 確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 国家資格の免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード ※本人確認としていずれか1つコピーをして、申込書と一緒に提出してください。		
テキストのフリガナ		あり ・ なし	

※ご提出いただいた個人情報は、厳重に管理し本研修以外には使用しません。

この講座をどのようにして知りましたか？

<input type="checkbox"/> 広報誌・チラシ <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他()

申込期間：令和6年7月1日(月)～令和6年9月25日(水)

8：30～17：00、土日祝も受け付けております。

※お申し込みは先着順とさせていただきます。定員24名に達し次第受付を終了いたします。

提出先

〒822-1201 福岡県田川郡福智町金田1154-2

社会福祉法人

福智町社会福祉協議会

TEL：0947-22-6631 FAX：0947-22-6678

受付日・受付者	
/	

申込要項

受講期間

令和6年10月8日(火)～令和6年11月28日(木)

受講料

30,000円 (テキスト代込)

受講資格

16歳から75歳の方
福岡県内在住の方

定員

24名

お申し込みは、先着順とさせていただきます。
定員に達し次第、受付を終了いたします。

申込期間

令和6年7月1日(月)～令和6年9月25日(水)

8：30～17：00 ※土日祝も受付ます。

申込方法

- 1.福智町社会福祉協議会窓口で申込書を受け取る。
または、ホームページで申込書をダウンロードする。
- 2.申込書に必要事項を記入する。
- 3.申込書と本人確認書類、受講料30,000円をご準備のうえ
福智町社協窓口へ提出する。
※本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカードなど)