令和4年度　介護職員初任者研修講座受講申込書

ふりがな		性別	生年月日	年齢	申込年月日
氏名	印	男・女	年　月　日	歳	年　月　日
住所	〒　　－				写真 （3㎝×4㎝）
電話		FAX			
携帯		Eﾒｰﾙ			
連絡	希望時間帯　：　～　：	※携帯電話をお持ちの方は必ずご記入下さい			
現在の就業状況等	就業してない　・　している（会社名：　　）				
資格取得状況確認	ホームヘルパー3級課程修了　・　看護師　・　准看護師				
介護施設への勤務経験確認	名称：	期間　～　（　年　月）			
	名称：	期間　～　（　年　月）			
教育訓練給付制度の活用	制度活用の予定　☐あり　☐なし　☐未定				

最終学歴	卒業年月	学校名	学部　・　学科名
	年　月		

応募理由　（この講座を受講するにあたっての動機・心構えなどを記入する）等

講座終了後の就業予定	
	（1）福祉施設への転職を考えている　・　（2）今の仕事を続ける　・　（3）就職はしない （4）未定　・　（5）その他（　　）

免許・資格（医療・福祉関係）	取得年月日	名称	備考	
	年　月			
	年　月			
	年　月			
	年　月			
	年　月			

飯田コアカレッジ