

公益財団法人武蔵野市福祉公社 介護職員初任者研修申込書
(事業所に従事していない方用)

2019年 月 日

公益財団法人武蔵野市福祉公社
 理事長 萱 場 和 裕 殿

下記のとおり、介護職員初任者研修を受講したいので申し込みます。

住 所	〒 ー		
氏 名	フリガナ 印		
性 別	1. 女 2. 男	電話番号	自宅 () 携帯 ()
生年月日	昭和 平成	年 月	日生 満 歳
職業の有無	<ul style="list-style-type: none"> ・ 有 (職種：) ・ 無 		
勤務先及び 勤務状況	名称 所在地	<ul style="list-style-type: none"> ・ 常 勤 ・ 自 営 ・ パー ト ・ その他 	
修了後の 就労見込時間	一週間あたり 日 延べ 時間程度を予定	土日勤務	可 ・ 不可
調理について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 得意 ・ 簡単なものなら ・ 不得意 ・ できない 	身体介護の 経 験	有 ・ 無
自転車乗車の可否	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自転車に乗れる ・ 自転車に乗れない 		
本人確認 (事業所記入)	保険証 運転免許証 其他		

* 別紙「受講希望理由レポート」も、必ず一緒に提出してください。

公益財団法人武蔵野市福祉公社 介護職員初任者研修申込書 (事業所従事者用)

2019年 月 日

公益財団法人武蔵野市福祉公社
理事長 萱 場 和 裕 殿

下記のとおり、介護職員初任者研修を受講したいので申し込みます。

住 所	〒 ー		
氏 名	フリガナ 印		
性 別	1. 女 2. 男	電話番号	()
生年月日	昭和 平成 年 月 日生	満 歳	
職業の有無	<ul style="list-style-type: none"> ・ 有 (職種:) ・ 無 		
勤務先及び 勤務状況	名称 所在地 代表者名 印	<ul style="list-style-type: none"> ・ 常 勤 ・ 自 営 ・ パート ・ その他 	
受講希望理由			
事業所としての 育成計画 (所属事業所記入)			
本人確認 (福祉公社記入)	保険証 運転免許証	その他	

* 事業所に従業している方は、必ず代表者印を押印して下さい。
* 別紙「受講希望理由レポート」も、必ず一緒に提出してください。