

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)

令和 年 月 日

公益財団法人武蔵野市福祉公社  
理事長 森 安 東 光 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		
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	・ 有 (職種: ) ・ 無		
勤務先及び 勤務状況	名称 所在地	・ 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
身体介護の 経 験	有 ・ 無		
自転車乗車	・ 自転車に乗れる ・ 自転車に乗れない		
研修広報	1. 市報 2. 友人・知人の紹介 3. 当センターホームページ 4. 路線バスサイネージ 5. 介護・福祉事業所一覧冊子 6. その他 ( )		
本人確認 (事業所記入)	保険証 運転免許証 その他		

\* 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)

令和 年 月 日

公益財団法人武蔵野市福祉公社  
理事長 森 安 東 光 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		
性 別	1. 女 2. 男	電話番号	( )
生年月日	昭和 平成 年 月 日生	満	歳
勤務先及び 勤務状況	名称 ・常 勤 ・自 営 所在地 ・パート ・その他 管理者名		
事業所の育成計画 (管理者記入)			
研修広報	1. 市報 2. 友人・知人の紹介 3. 職場の勧め 4. 当センターホームページ 5. 路線バスサイネージ 6. 介護・福祉事業所一覧冊子 7. その他 ( )		
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、必ず代表者氏名を記入して下さい。
- \* 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。