

平成30年度 難病患者等ホームヘルパー養成研修 参加申込書

【連絡先】※印がついている項目は、事業所での申し込みの場合のみ御記入ください。

法人名※	
事業所名称※	
事業所種別※	介護保険 ・ 障害福祉 ・ その他
連絡先	〒 — Tel () — Fax () —
連絡担当者名※	

【参加申込者】

(ふりがな) 氏名	生年月日	保有資格等 (要項(3)対象者参照)	希望課程	
()	年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 障害者居宅介護従事者基礎研修 ホームヘルパー (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級) 課程 <input type="checkbox"/> 実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士	課程 I	課程 II
	経験年数		備 考	
既受講	年 ヶ月			
(ふりがな) 氏名	生年月日	保有資格等 (要項(3)対象者参照)	希望課程	
()	年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 障害者居宅介護従事者基礎研修 ホームヘルパー (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級) 課程 <input type="checkbox"/> 実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士	課程 I	課程 II
	経験年数		備 考	
既受講	年 ヶ月			
(ふりがな) 氏名	生年月日	保有資格等 (要項(3)対象者参照)	希望課程	
()	年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 障害者居宅介護従事者基礎研修 ホームヘルパー (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級) 課程 <input type="checkbox"/> 実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士	課程 I	課程 II
	経験年数		備 考	
既受講	年 ヶ月			

記入要領

1. 経験年数は、介護職員としての年数を記入してください。
2. 保有資格等は、取得している資格、修了・履修している研修に☑印を付けてください。
3. 既に本研修の同一課程を受講されたことがある方は、既受講欄に○印を付けてください。
4. 手話通訳等の配慮が必要な場合は、その旨を備考欄に御記入ください。
5. 参加申込書に記載された事項については、当研修の適正かつ円滑な実施の目的のみに利用させていただきます。なお、参加者名簿に氏名、所属、行政区等を記載いたします。