

平成31年度 介護職員初任者研修講座受講申込書

※事務局記入欄

受付日	平成	年	月	日
受付番号				
受講番号				

講座コース	第1回・第2回・第3回・第4回						
フリガナ			生年 月日	昭和 平成	年	月	日
氏名			年齢	歳			
フリガナ							
住所	〒 -						
連絡先	電話()	- -		FAX	- -		
	<small>※平日の昼間に連絡がつく番号に(○)をつけてください</small> 携帯()	- -		Eメール	@		
緊急連絡先	- -		受講者との続柄()				
勤務先または学校	勤務先名(学校名)						
本講座を知ったきっかけ	1. 市広報 2. チラシ・ポスター 3. ホームページ 4. 親類・知人から 5. その他()						
介護職への就職希望	1. 就業中 2. 早急な就職を希望 3. 急いでいないが就職を希望 4. すぐの就職は希望しない 5. その他()						
誓約書							
公益社団法人 羽曳野市シルバー人材センター 理事長 様							
受講申込書の記載事項及び提出書類について、事実と相違ありません。							
本講座の受講にあたり、学則等講座の主旨を理解し、誠意をもって研修に励み、研修機関の指示に従うことを誓います。また、研修に関連して知り得た秘密情報については、受講期間及び受講終了後も他に漏らさないことを誓います。							
令和 年 月 日							
署名						印	

※受講者が20歳未満の場合、併せて保護者の署名を記入してください。							
保護者署名						印	

○受講申込書の記載事項については、個人情報の保護に関する規程に基づき適正な管理を行い、本研修に関する業務以外に使用することはありません。

※事務局記入欄

本人確認	① 戸籍・住民票等、② 住民基本台帳カード、③ 在留カード、④ 健康保険証 ⑤ 運転免許証、⑥ パスポート、⑦ 年金手帳、⑧ その他免許証等
氏名・生年月日確認	