

令和8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	令和 年 月 日
受付番号	
受講番号	

講座コース			
フリガナ		生年 月 日	昭和 年 月 日
氏 名		平成 年 月 日	
フリガナ			
住 所	〒 — —		
連 絡 先	電話 ()	— —	FAX — —
※平日の昼間に連絡がつく番号に(○)をつけてください	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マイナンバーカード 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	