

令和 8 年度 介護職員初任者研修課程 受講申込書

第 1 回研修期間 5 月 12 日～7 月 2 日

令和 8 年 月 日

ふりがな		生年月日 昭和・平成 年 月 日 () 歳	
氏名		職業	
住所	〒 —	※日中連絡可能な番号をご記入ください	
		電話番号	
		携帯電話番号	
		メールアドレス	
所属先の名称及び所在地 (連絡が可能な方はご記入ください)	電話 () —	職場への連絡	可 ・ 不可
受講希望理由 (具体的にご記入ください)			
資格取得後の就労希望先	1. 訪問介護事業所 2. 特別養護老人ホーム 3. 通所介護事業所 4. その他 () 5. まだ決まっていない 6. すでに就労している ()		
この研修をお知りになったきっかけ	1. 区のお知らせ 2. ハローワーク 3. 研修センターホームページ 4. 区の掲示板 5. 図書館・まちづくりセンター 6. あんしんすこやかセンター 7. 事業団広報紙 (パートナー) 8. 知人等の紹介 9. その他 ()		
特記事項			

世田谷区福祉人材育成・研修センター 事務局 あて

***先着順。定員を超えた日の同日受付分は抽選となります。**
 この受講申込書は受講の可否にかかわらず、返却はいたしません。控えが必要な方は、ご自身で写しをとってください。
 記載されている個人情報は、研修に関する目的以外には使用いたしません。