平成３０年度　介護職員初任者研修受講申込書

新座市社会福祉協議会会長　様

ふりがな 氏　名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
住　所	〒（　　－　　）		
電話番号	（　　）－	携帯電話	（　　）－
勤務先		職　種	
社協登録ヘルパーとして6か月以上就業することが			できる ・ できない ・ わからない
受講の動機			

この講座の目的を御理解いただけましたか。	はい	いいえ
全日程を受講できますか。	はい	いいえ
受講条件を満たしていますか。	はい	いいえ
募集要項にも掲載していますが、開講式前や講義等受講途中に自己都合による途中退学の場合には、受講料は返金できませんので御了解ください。	はい	いいえ
必要最低限の介護知識や技術が習得できていないと判断された場合、修了証の交付はできませんが、御理解いただけますか。	はい	いいえ

以上、募集要項の記載内容を理解した上、介護職員初任者研修の受講を申し込みます。

平成　　年　　月　　日

確認署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

社協使用欄

	目　的	日　程	受講条件	退学の場合	修了証	受付日	受付番号
確認欄							