

令和6年度介護職員初任者研修受講申請書

申し込み方法

お電話にて定員を確認していただき、下記の申請書をご記入の上、申請書を軽井沢町社会福祉協議会まで直接お持ちいただくか、郵送または FAX でお送りください。申請書が受理されましたら、こちらから改めてお電話いたします。募集期間内に受講料と身分証明書（運転免許証、健康保険証等）をお持ちの上、軽井沢町社会福祉協議会までお越しください。日程表、受講案内、テキスト等をお渡しいたします。なお、いったん納入していただいた受講料はお返しできませんのでご了承ください。

〒389-0111

長野県北佐久郡軽井沢町大字長倉 4844-1 木もれ陽の里内

軽井沢町社会福祉協議会 TEL 0267-45-8113 FAX 0267-46-2116

私は、介護職員初任者研修に下記の内容にて受講を申し込みします。

申し込み日	令和 6 年 月 日		
フリガナ			性別
氏名			男 ・ 女
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生	年齢 歳	
住所	〒		
勤務先・住所	名称	住所〒	
連絡先	(日中連絡の取れる番号)		
職業 (該当に○)	1. 主婦 2. 会社員 3. パート・アルバイト 4. 学生 5. 介護職従事者 (経験年数 年) 6. 自営 7. 無職 8. その他 ()		
社会福祉活動の経験	(ボランティア等)		
現在の体調	(感染症等がある場合は研修に参加できないことがありますのでご注意ください)		
個人情報保護の宣誓 (必ずお読みください)	私は、当該研修における施設等訪問時に知り得た情報（利用者及び利用者家族並びに職員の個人情報、秘密として管理されている営業上等の情報であって、公然と知られていない情報）等、第三者が知りえない情報について、第三者に開示又は漏洩しないことを同意いたします。なお、これに反し開催者又は受け入れ施設等、その利用者等に対して損害を与えた場合は自らの責任において損害を賠償することに併せて同意いたします。 本人自署		