

令和5年度 介護職員実務者研修 受講申込書

申込締切日： 4月 5日(水)17時 必着 (FAX送信は不可)

ふりがな

氏 名

年 齢

自宅住所 〒

性 別

男 ・ 女

生年月日(西暦) 年 月 日

自宅電話

携帯電話

緊急連絡先

勤務先名

勤務先住所 〒

教材・案内等送
付先
(どちらかを○で
囲んでください)

自宅・勤務先

勤務先電話

勤務先種別 当てはまるものに○で囲んでください(主として1か所に従事されているものに○で囲んでください)

- ①特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設) ②老人デイサービスセンター(通所介護事業所)
③老人短期入所施設(短期入所生活介護事業所) ④有料老人ホーム ⑤介護老人保健施設
⑥居宅介護支援事業所 ⑦認知症対応型共同生活介護(高齢者グループホーム)
⑧小規模多機能型居宅介護事業所 ⑨病院 ⑩その他()

職 種 当てはまるものに○で囲んでください

- ①介護職員 ②ホームヘルパー(訪問介護員) ③ケアマネジャー(介護支援専門員) ④生活相談・支援員
⑤事務職員 ⑥その他()

介護職種における実務経験 令和5年4月1日時点で 年 ヶ月の予定

資 格 当てはまるものに○で囲んでください(複数回答可)

- ①介護職員初任者研修 ②ホームヘルパー1級 ③ホームヘルパー2級 ④ホームヘルパー3級
⑤介護職員基礎研修 ⑥認知症介護実践者研修 ⑦喀痰吸引等研修 ⑧生活援助従事者研修
⑨介護に関する入門的研修 ⑩その他() ⑪保有資格なし

本研修を知ったきっかけ 当てはまるものに○で囲んでください

- ①チラシ ②当センターHP ③当社協からの案内 ④職場 ⑤友人・知人からの紹介
⑥その他()

支払方法

法人支払 / 個人支払(振込・クレジットカード払い・コンビニ払い)

令和5年度介護福祉士国家試験 受験する ・ 受験しない (どちらかを○で囲んでください)

※受験資格として、実務経験3年が必要です。