

令和8年度 介護職員初任者研修（通信）受講申込書

さくら介護スクール

申込日 令和 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	昭和 平成 年 月 日（ 歳）
住所	〒 -		
電話	(連絡がとれる番号)		(緊急時連絡先)
	連絡が取れやすい時間帯をご記入下さい。		
職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 医療・福祉施設		
就業場所	※上記で医療・福祉施設で働いていると答えた方については、事業所名又は施設名をご記入下さい		
受講理由	<input type="checkbox"/> 福祉関係の仕事に就きたいため <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 資格を取るため <input type="checkbox"/> 家族の介護をするため		
受講料の 納入方法	どちらかに○をつけて下さい。 1. 現金で一括払い 2. 分割払い（ 回） 3. その他（ ）		
さくら使用欄	本人確認方法 1. 運転免許証 2. マイナンバーカード 3. 健康保険資格確認書 4. その他		
備考	※講義に関して配慮して欲しい事などございましたらご記入ください。		受付番号NO

※今回記載していただいた個人情報は当法人にて厳重に管理し、当事業の目的以外では使用いたしません。

～アンケートにご協力下さい。該当する☑を入れて下さい。～

○この講座を何で知りましたか？

- 広告等 ホームページ 職場の勧め
 その他（ ）

○資格取得後の希望をお聞かせ下さい。介護への就労希望の場合

1. 有 病院 施設 通所系 その他（ ）
 2. 無

【申込先】〒013-0036 横手市駅前町14番9号

社会福祉法人横手福祉会 さくら介護スクール 介護職員初任者研修 行

※持参または郵送でお申込み下さい。また、申込みの際には、本人確認が必要となりますので、運転免許証など身分を証明できる書類のコピーを添えてお申込み下さい。