介護老人保健施設アルカディア　介護福祉士実務者研修

**受　講　申　込　書**

介護老人保健施設アルカディア

施設長　棚田 文雄　殿

　貴研修機関が実施する、「介護福祉士実務者研修」の受講を希望しますので、申し込み致します。

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **受講希望者** | フリガナ |  |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 生年月日 | 　昭和　・　平成　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住　所連絡先 | 〒　　　　　　－☎（　自宅　・　携帯　）　　　　　　　－　　　　　　　－ |
| 　　　（勤務者のみ）**所属事業所** | 名　称 |  |
| 住　所 | 〒　　　　　　－☎：　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| 法人名 |  |
| 所属長の氏名 |  |

[その他確認事項]　※受講要件に介護経験の有無は問いません。

|  |  |
| --- | --- |
| **介護経験年数** | 　　　　　年　　　　ヶ月　（※経験のある方のみ記載してください） |
| **介護経験****有資格状況** | 　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　　カ月（令和４年4月末現在）□介護初任者研修　　　□ホームヘルパー2級□ホームヘルパー1級　　□介護基礎研修 |
| **研修参加の理由** |  |