令和2年度　生活援助従事者研修　受講申込書

※下記の太枠内のご記入お願いします。

ふりがな		年齢	才	性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日		
住所	（〒　　－　　） ※案内等を送付する際、確実に届く住所をご記入ください。				
自宅電話番号		携帯電話			
職業	該当する番号を１つ〇で囲んでいただき、カッコ内のご記入をお願いします。 １．主婦 ２．介護従事者（事業所名：　　） ３．学生 ４．会社員（職種：　　） ５．自営業（業種：　　） ６．無職 ７．その他（　　） ※上記で２に〇をした方で１年以上の実務経験がある方は、「職務の理解」を免除することができます。実務経験は通算365日以上あり、従事日数が180日以上ある場合を１年以上の実務経験があると判断します。				
科目免除	次の研修課程を修了している方は番号を〇で囲んでください。 １．入門的研修 ２．認知症介護基礎研修 ３．訪問介護に関する三級課程				

【郵送先】

〒395-0303　長野県下伊那郡阿智村駒場483

社会福祉法人　阿智村社会福祉協議会　　担当／井原

【申込〆切】

令和2 年8 月21 日（当日消印有効）

事務局専用記入欄			
受付日	受講番号	受講決定通知送付	手続き完了