

令和4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をお願いします。

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	<p>該当する番号を1つ○で囲んでいただき、カッコ内のご記入をお願いします。</p> <p>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（ ）</p> <p>※上記で2に○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。</p>				
科目免除	<p>次の研修課程を修了している方は番号を○で囲んでください。</p> <p>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</p>				

【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/金田

【申込×切】

令和4年9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