

介護職員初任者研修受講申込書

介護職員初任者研修の受講を申し込みます。

フリガナ		
氏名	(印)	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)	男 ・ 女
住所	〒 -	
TEL	() -	
FAX	() -	
携帯	() -	
緊急連絡先	続柄 _____ () -	
E-mail アドレス		
勤務先		

選択コース 令和4年 12月 10日 開講 (A・B) コース

※ **Aコース希望者は当法人の内定通知書あるいは雇用契約書のコピーを添付すること。**

- ◇ 受講の決定は、必要書類 (**受講申込書・本人確認ができる書類のコピー※**) の提出及び面接の後、**受講料の納付**の確認をもってなされます。
- ◇ E-mail アドレスは事務局より各種連絡または案内などに使用します。同意いただける方はご記入ください。
- ◇ 講義開始日を過ぎてのキャンセルにつきましては受講料を返金できません。それ以前のキャンセルにつきましては必要経費 (1万円) を差し引いての返金とさせていただきます。
- ◇ 講義を欠席された場合は、補講を受けてください。ただし補講での履修が認められるのは合計 13 時間までとなりますのでご注意ください。
- ◇ 修了試験は 70 点が合格ラインです。不合格となった場合は再試験となります。
- ◇ 受講途中で各講師により介護職員初任者研修資格取得に不適切と判断された場合は、退学処分となる場合がありますのでご了承ください。

※ **本人確認ができる書類とは下記の書類になります。(下記のうち、いずれか1点が必要です)**

**戸籍謄本・戸籍抄本・住民票若しくは住民票記載事項証明書(前記については原本の提出が必要)、
住民基本台帳カード、健康保険証、運転免許証、パスポート、国家資格の免許証又は登録証、マイナンバーカード**

研修初日に写真 (2.5 cm×3 cm・
正面・無帽・3 か月以内に撮影)
を 1 枚持参して下さい。

社会福祉法人 ともいき福祉会
介護職員初任者研修 事務局
〒484-0801
愛知県犬山市羽黒安戸南一丁目 55 番地
TEL(0568)48-2255 FAX(0568)48-2256