

社会福祉法人 神港園  
令和 7 年 5 月期 介護職員養成講座(通学)  
受講申込書

社会福祉法人 神港園 理事長様

私は、介護職員初任者研修の受講を申し込みます。 令和 年 月 日

|        |                                                                                                                                                                                                   |     |      |     |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|-----|
| フリガナ   |                                                                                                                                                                                                   |     |      |     |
| 氏名     |                                                                                                                                                                                                   |     |      |     |
| 生年月日   | 昭和・平成 年（西暦 年）<br>月 日生（ 歳）                                                                                                                                                                         | 性別  | 男・女  |     |
| 現住所    | (〒 - )                                                                                                                                                                                            |     |      |     |
| 電話     | 自宅電話                                                                                                                                                                                              | - - | 携帯電話 | - - |
| 緊急連絡先  | - - ( )                                                                                                                                                                                           |     |      |     |
| E-mail | @                                                                                                                                                                                                 |     |      |     |
| 保護者署名  | ※未成年者の方は必ず保護者の方の署名をお願いいたします。<br>(続柄)                                                                                                                                                              |     |      |     |
| 職業     | <input type="checkbox"/> 介護職（経験 年 ケ月） <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 学生<br><input type="checkbox"/> アルバイト・パート <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |     |      |     |
| 健康状態   | <input type="checkbox"/> 良好(受講に支障なし) <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                              |     |      |     |

※ 本人確認を行いますので、本人と確認できるものを(運転免許証・健康保険証など)をご持参ください。郵送される方はコピーを添付してください。  
※ 記載していただいた事項は本講座に関すること以外には使用いたしません。  
アンケートのご協力ください。

|                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ・この講座を何でお知りになりましたか                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                          |
| ・この講座を選んだ理由を教えてください。                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                          |
| ・資格取得を希望する理由は何ですか                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                          |
| 資格取得後について                                                                                                                                                                                |
| 介護の仕事に就くことについて                                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> 希望有 → <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 病院<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| <input type="checkbox"/> 希望無                                                                                                                                                             |

ありがとうございました。

事務局記載欄

|     |  |     |  |        |  |    |  |
|-----|--|-----|--|--------|--|----|--|
| 受付日 |  | 受付者 |  | 本人確認書類 |  | 備考 |  |
|-----|--|-----|--|--------|--|----|--|