

医療法人湖青会 介護員養成研修事業  
令和3年度 介護職員初任者研修

受講申込書

医療法人 湖青会  
理事長 井上 徹也 様

介護職員初任者研修を受講したいので、下記のとおり申し込みます。

ふりがな		性別	生年月日
氏名	※氏名は修了証に記載されますので、正確にご記入下さい。	男・女	昭和 平成 年 月 日生
住所	〒 TEL ( ) - FAX ( ) -		
勤務先	名称	〒 TEL FAX	
受講料 補助対象	滋賀県内に所在する介護事業所等に在籍する方（学則⑯関係） 事業所名： 所在地：		
参 考	介護等の実務経験	あり なし	
	<input type="checkbox"/> 関連する保有資格（ ）	あり なし	
	受講希望する理由を下記の該当する□にチェックしてください。（学則⑦関係） <input checked="" type="checkbox"/> 介護等の仕事に従事している。又は、受講中や修了後に介護等の仕事をしたい。 <input type="checkbox"/> すぐには介護等の仕事に就く事は考えていない。 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
本人確認	本人確認が必要なことから受講申し込み時に下記のいずれかの方法で確認（学則⑭関係） (1) 申込直近（3ヶ月以内）の戸籍謄本、戸籍抄本もしくは住民票の原本またはコピー (2) 住民基本台帳カード、マイナンバーカード、在留カード、健康保険証、運転免許証、パスポート、年金手帳、国家資格等の免許証または登録証のコピー		
	備 考		

※ やむを得ない事情によりキャンセルされる場合でも一旦お支払い頂いた自己負担額（受講料・テキスト代等）は返金しかねますのでご了承下さい。