

調布市福祉人材育成センター介護職員初任者研修申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人調布市社会福祉協議会会長 様

次のとおり、研修事業を受講したいので申込みます。

フリガナ			性別
氏名			男 ・ 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
住所	〒		
電話番号 (連絡先) ※優先順	①	②	
緊急連絡先 (本人以外)	(氏名) (続柄) (電話番号)		
勤務先	(勤務先名) (住所)		
受講希望理由 (複数可)	<input type="checkbox"/> 資格を取得して就労したい <input type="checkbox"/> 現在の業務に役立てたい <input type="checkbox"/> 介護・障がいについて学びたい <input type="checkbox"/> 高齢者・障がい者(児)を支援したい <input type="checkbox"/> 地域の役に立ちたい <input type="checkbox"/> その他 ()		
本研修をお知りになったきっかけ(複数可)	<input type="checkbox"/> 市報 <input type="checkbox"/> ふくしの窓(社協広報誌) <input type="checkbox"/> 人材センターホームページ <input type="checkbox"/> ちらし・ポスター(場所:) <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他 ()		

*記載されている個人情報研修に関する目的以外に使用いたしません。

裏面も
ご記入ください

修了後ヘルパーとして実働できる	<input type="checkbox"/> できる⇒ <input type="checkbox"/> すでに、活動が決まっている <input type="checkbox"/> これから活動先を検討する <input type="checkbox"/> 分からない () <input type="checkbox"/> できない ()
食事アレルギー有無 ※食事介助の実技有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒ ()
研修中の写真を広報に使用することについて	<input type="checkbox"/> 同意する ※広報に使用する際は、必ず本人に確認いたします。 <input type="checkbox"/> 同意しない
健康状況	視覚について <input type="checkbox"/> 不安なし <input type="checkbox"/> 不安がある () 聴覚について <input type="checkbox"/> 不安なし <input type="checkbox"/> 不安がある () 歩行について <input type="checkbox"/> 不安なし <input type="checkbox"/> 不安がある () その他 ()
現在のお仕事	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 福祉職 () <input type="checkbox"/> 福祉職以外 ()
福祉(職)経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒ <input type="checkbox"/> 高齢 (<input type="checkbox"/> 施設介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 家族介護) <input type="checkbox"/> 障害 (<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> ガイドヘルパー <input type="checkbox"/> 家族) <input type="checkbox"/> その他 ()
持っている福祉資格	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 高齢者家事援助ヘルパー <input type="checkbox"/> ホームヘルパー (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級) <input type="checkbox"/> 実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> その他 ()
通学方法	<input type="checkbox"/> バイク・自転車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他 ()

【受講理由】をご記入ください。