

# 令和 8 年度 介護職員初任者研修課程 受講申込書

## 第 2 回研修期間 9 月 4 日～10 月 29 日

令和 8 年      月      日

ふりがな		生年月日 昭和・平成      年      月      日 (      ) 歳	
氏 名		職 業	
住 所	〒      ー	※日中連絡可能な番号をご記入ください	
		電話番号	
		携帯電話番号	
		メール アドレス	
所属先の名称 及び所在地 (連絡が可能な 方はご記入く ださい)	電話 (      )      ー	職場への 連絡	可      ・      不可
受講希望理由 (具体的にご記 入ください)			
資格取得後の 就労希望先	1. 訪問介護事業所      2. 特別養護老人ホーム      3. 通所介護事業所 4. その他 (      ) 5. まだ決まっていない      6. すでに就労している (      )		
この研修を お知りになっ たきっかけ	1. 区のお知らせ      2. ハローワーク 3. 研修センターホームページ      4. 区の掲示板 5. 図書館・まちづくりセンター      6. あんしんすこやかセンター 7. 事業団広報紙 (パートナー)      8. 知人等の紹介 9. その他 (      )		
特記事項			

世田谷区福祉人材育成・研修センター 事務局 あて

**\*先着順。定員を超えた日の同日受付分は抽選となります。**

この受講申込書は受講の可否にかかわらず、返却はいたしません。控えが必要な方は、ご自身で写しをとってください。

記載されている個人情報は、研修に関する目的以外には使用いたしません。