

介護職員初任者研修申込書

福智町社会福祉協議会 御中

私は、下記のとおり介護職員初任者研修 福智町社協ケアスクールの受講を申し込みます。

| | | | |
|-------------|---|------|-----------|
| 申込日 | 令和 7年 月 日 | No. | |
| 氏名 | (フリガナ) | 生年月日 | |
| | | 西暦 | 年 月 日(歳) |
| 住所 | (フリガナ) 〒 | | |
| 連絡先 | (携帯) - - (自宅) - - | | |
| 緊急 連絡先 | (氏名) | (続柄) | |
| | (電話番号) | - | - |
| 勤務先 /学校名 | 名称 | | |
| | 電話 | - | - |
| | 住所 | | |
| 実務経験 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (施設・在宅サービス) 経験年数 満 年 | | |
| 通学手段 | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 | | |
| 本人 確認書類 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 国家資格の免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード ※本人確認としていずれか1つコピーをして、申込書と一緒に提出してください。 | | |
| | テキストのふりがな | あり | なし |

※ご提出いただいた個人情報は、厳重に管理し本研修以外には使用しません。

この講座をどのようにして知りましたか？

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 広報誌・チラシ <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他() |
|---|

申込期間：令和7年8月1日(金)～令和7年10月3日(金)

8：30～17：00、土日祝も受け付けております。

※お申し込みは先着順とさせていただきます。定員24名に達し次第受付を終了いたします。

提出先

〒822-1201 福岡県田川郡福智町金田1154-2

社会福祉法人

福智町社会福祉協議会

TEL：0947-22-6631 FAX：0947-22-6678

| | |
|---------|--|
| 受付日・受付者 | |
| / | |

申込要項

受講期間

令和7年10月21日(火)～令和7年12月11日(木)

受講料

30,000円 (テキスト代込)

受講資格

16歳から75歳の方
福岡県内在住の方

定員

24名

お申し込みは、先着順とさせていただきます。
定員に達し次第、受付を終了いたします。

申込期間

令和7年8月1日(金)～令和7年10月3日(金)

8：30～17：00 ※土日祝も受付ます。

申込方法

- 1.福智町社会福祉協議会窓口で申込書を受け取る。
または、ホームページで申込書をダウンロードする。
- 2.申込書に必要事項を記入する。
- 3.申込書と顔写真付きの本人確認書類、受講料30,000円を
ご準備のうえ福智町社協窓口へ提出する。

※顔写真付きの本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカードなど)