

# 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 6年 月 日	No.	
氏名	(フリガナ)	生年月日	
		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"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード		
	<input type="checkbox"/> 年金手帳 <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つコピーし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6年1月4日(木)～令和6年2月2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 (担当：田中 亜沙美)

TEL：0947-22-6631 FAX：0947-22-6678

受付日・受付者

/

## 申込要項

受講期間

令和6年2月13日(火)～令和6年3月28日(木)

受講料

30,000円 (テキスト代込)

受講資格

16歳から70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6年1月4日(木)～令和6年2月2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。

※本人確認書類(運転免許証、健康保険証、マイナンバーカードなど)