

令和8年度田村市介護職員初任者研修受講申込書

田村市長 様

下記により介護職員初任者研修を申し込みます。

申込日 令和 年 月 日

ふりがな		性別	生 年 月 日
氏 名	⑩	男・女	昭和・平成・西暦 年 月 日 (歳)
現住所	〒	電話	
		FAX	
		携帯電話	
勤務先	名 称		
	所在地	〒	電話 FAX
介護サービス事業所への就業状況	該当するものの番号に○をつけてください。		
	1. 現在、何らかの介護サービス事業所で働いている。		
	2. 今後、介護サービス事業所で働くことが確定している。		
	3. 現在、介護サービス事業所で働いてはいないが、将来機会があれば働きたい。		
4. その他 []			
【本講座志望の動機を記入してください。】			
※本人確認書類	・本人確認のため、いずれか1つを申込時に持参するか、郵送時にはコピーを添付してください。 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 戸籍の謄抄本若しくは住民票の写し		

◎定員に達した時点で受付を終了します。

◎受講料は無料です。ただし、9月4日以降に受講を取りやめた場合は自己負担金が発生します。
日程などをよくご確認の上お申し込みください。

自己負担金額 55,000円

◎筆記用具、昼食、飲み物は各自ご用意ください。

◎個人情報保護のため、提出された関係書類は当市において厳重に管理し、当事業目的以外には使用いたしません。

【申 込 先】 〒963-4393 田村市船引町船引字畑添76-2

田村市高齢福祉課地域ケア推進係 電話0247-82-1115

【申込締切】 令和8年8月20日(木) 午後5時まで