

# 受講申込書

社会福祉法人芽豆羅の里  
理事長 殿

顔写真  
横2.4cm以上  
縦4cm以下

私は介護職員初任者研修の受講を希望し、身元確認のできる運転免許証（受講申込書の顔写真は不要）又は、健康保険証の写し等を添えて申し込み致します。

ふりがな 氏名		生年月日	S・H 年 月 日
		年齢	歳
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		自宅電話	( )
		携帯電話	( )
上記以外の連絡先	氏名：	続柄：	電話番号：
勤務先	勤務先名：		電話番号：

※必要時の連絡は受講生本人へ致しますが、他に連絡がとれる方をご記入下さい。又、差支えなければ勤務先をご記入下さい。

すでに保有している介護の実務経験や保有資格によって実習や科目の免除がありますので、下記の1～5の該当する□にレ点や記入をお願いします。（必須）

## 1 介護の実務経験について

介護の実務経験（介護施設や介護事業所で介護職として勤務）はありません。

介護の実務経験があります。（ 年 ャ月）

- ・複数の事業所に勤務されている方は合計の期間が1年以上になるように記入して下さい。
- ・一事業所で1年以上の場合は一事業所のみ記入して下さい。

事業所名（事業種別がわかれば記入）	勤務期間
例： ヘルパー事業所〇〇（訪問介護）	昭和60年11月3日 ～ 昭和61年2月28日
例： △△園（特別養護老人ホーム）	平成21年4月1日 ～ 平成21年8月30日
例： □□デイサービスセンター	令和1年5月20日 ～
	年 月 日 ～ 年 月 日
	年 月 日 ～ 年 月 日
	年 月 日 ～ 年 月 日

（裏面に続きます）

## 2 実習の免除について

該当する介護事業所で1年以上の介護の勤務経験がある方が実習免除の対象となります。なお、実習にかかる費用の自己負担はありません。（該当か否かは当事業所にて確認します）

実習の免除に該当した場合は、三事業所すべての免除を希望します。

実習の免除に該当した場合でも三事業所すべての実習を希望します。

実習の免除に該当した場合でも一部の事業所の実習を希望します。

サービス種別	実習時間	実習予定事業所
ホームヘルプサービス	4時間	めずらの里訪問介護サービス
施設サービス	6時間	めずらの里デイサービスセンター 又は、 通所リハビリテーションセンターめずら
在宅サービス	8時間	グループホーム めずらハウス

※上記以外の実習事業所を希望される場合はお申し出下さい。

## 3 介護の保有資格について

保有資格によって科目の免除があります。

介護の資格はありません。

入門的研修を修了しています。

ホームヘルパー3級を修了しています。


生活援助従事者研修課程を修了しています。

## 4 科目の免除について

科目の免除に該当した場合は免除を希望します。

科目の免除に該当した場合でも受講（学習）を希望します。

## 5 ご希望やご要望がございましたらご記入下さい。

事業所	第 期介護職員初任者研修	受付日	令和 年 月 日
記入欄	学習期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日	確認者	
事業所名	 めずらの里研修センター 大分県宇佐市大字下時枝555番地の2 TEL0978-25-6511		