

※受付日

平成 年 月 日

※受付番号

## 平成27年度 介護職員初任者研修(通信課程) 申込書

社会福祉法人 熊本市社会福祉事業団

理事長 續 幸弘 様

ふりがな		生 年 月 日		年 齢
氏 名		(昭和・平成) 年 月 日		
住 所	〒	電 話 番 号	自宅	小学校区
	熊本市		勤務先	
			緊急連絡先	
			携帯	
★研修をどうやって知りましたか？ 1.すばいす 2.チラシ、ポスター 3.事業団職員（パートヘルパー含む） 4.その他（ ）				
★資格取得後は？ 1.社会福祉事業団で就職希望 2.事業団以外で就職希望 3.その他（ ）				
★現在取得している資格はありますか？ 1.看護師 2.介護福祉士 3.ホームヘルパー3級 4.その他（ ）				
・免除資格・実務経験の有無（当てはまる免除資格・経験に○をつけて下さい。）				
	下記施設で主に身体介護の経験が1年以上かつ180日以上ある者		介護サービス技能審査合格者で次の要件に該当する者	県、市町村または公共的団体が実施する在宅介護に関する研修のうち、県知事が認めた研修を終了した者
	介護老人福祉施設		短期課程修了者	日赤が行った課程看護法介助員養成講習検定に合格し、赤十字家庭看護法ホームヘルパーコースを修了したもので現に有効な介助員認定証を有する者
	介護老人保健施設			
	介護療養型医療施設		向上コース修了者	
	肢体不自由児施設			
	重症心身障害児施設		短期課程を終了しかつ在宅介護サービスの実務経験1年以上	日赤が行った家庭看護法指導員養成講習検定合格者で現に有効な指導員認定証を有する者
	身体障害者更生施設			
	身体障害者療養施設		短期課程修了者以外で在宅介護サービスの実務経験1年以上	
				訪問介護員3級課程修了者
介護職員初任者研修（通信課程）を受講する動機をご記入下さい（必須）				
-----				
-----				
-----				
-----				
-----				