

第5回 介護福祉士実務者研修 申込書

医療法人社団仁井谷医院  
にいたにクリニック  
院長 仁井谷 学 殿

私は、介護福祉士実務者研修の受講を申し込みます。

令和 7 年 月 日

フリガナ					
氏名	年齢	歳	性別	男・女	
	生年月日	昭和 平成	年	月	日
住所	〒 — —				
自宅電話番号			携帯電話		
職業	※該当する番号を○で囲んで下さい 1. 主婦                      2. 介護従事者(事業所名 )                      3. 学生 4. 会社員(職種 )                      5. 自営業(職種 ) 6. 無職                      7. その他( )				
保有資格	※下記の資格をお持ちの方は該当する番号を○で囲んで下さい 1. ホームヘルパー3級                      2. ホームヘルパー2級                      3. ホームヘルパー1級 4. 介護職員初任者研修                      5. 介護職員基礎研修				
受講動機	※該当する番号を○で囲んで下さい(複数回答可)。 1. 就職に結び付けたい                      2. 家族介護に活かしたい                      3. 社会貢献(ボランティア等) 4. 介護の仕事をしているため仕事に活かしたい                      5. 介護以外の仕事に活かしたい 6. 勧められたため(職場・家族・知人・その他) 7. その他( )				
情報収集方法	※当研修の情報はどのような方法でお知りになりましたか？該当する番号を1つ○で囲んで下さい。 1. 当クリニックホームページ                      2. 知人紹介                      3. 掲示物 4. 学校・施設の紹介                      5. その他( )				
介護職への就労希望	1. 有 1-1. 施設                      1-2. 通所サービス                      1-3. 訪問介護                      1-4. その他( ) 2. 無				

【受講申込書と同封するもの】

- ・本人確認ができる公的な書類のコピー  
 (書類例)     ・運転免許証     ・写真付き住民基本台帳カード                      ・旅券(パスポート)  
                     ・戸籍謄本                      ・住民票
- ・保有資格が確認出来る証明証(有資格者のみ)のコピー  
 (書類例)     ・介護職員初任者研修 修了証など

【送付先】

・郵送の場合  
〒737-0046 広島県呉市中通2丁目8-18  
医療法人社団仁井谷医院 にいたにクリニック                      担当:大室

・メールの場合  
メールアドレス    omuro@niitani-clinic.jp  
医療法人社団仁井谷医院 にいたにクリニック                      担当:大室

受付日	本人確認	受験番号	振込・支払確認	決定通知 重要事項説明	手続き完了

※右記は記入しないで下さい