

# 介護基本技術講習 受講申込書

(介護に関する入門的研修)

記入日 年 月 日

受講希望会場に○をつけてください。

<p style="text-align: center;">受講希望会場に○をつけてください。</p>					
弘 前	三 沢	五所川原	八 戸	青 森	む つ
氏 名	(フリガナ )			性 別	男 ・ 女
生年月日	昭和・平成	年	月	日 ( 歳)	
住 所	〒 -				
自宅電話 (携帯電話)	-	-	( - - )	F A X	- -
介護職経験	なし ・ あり ( 年 ヶ月)				
医療・介護関連 所持資格 (複数回答可)	1：資格なし 2：介護支援専門員 3：介護福祉士 4：実務者研修 5：ヘルパー__級 6：初任者研修 7：福祉用具専門相談員 8：看護師 9：その他 ( )				
職 業	1：無職（求職中） 2：主婦・主夫 3：パート・アルバイト 4：会社員 5：その他 ( )				
受講申込理由	1：介護現場への就労を目指している 2：介護の資格を取得したい 3：(介護現場に就労中または過去に就労したことがあるが)更に自身の介護技術を高めたい 4：昨年度受講し内容を復習したい 5：その他 ( )				
特記事項					

**【申込みにあたっての留意事項】 ※以下を必ずお読み頂き、ご了承頂けましたらお申込みください。**

- ◆介護現場への就労意向のある青森県内の中高年齢者及び主婦層等で、介護業務について未経験者又は無資格者を対象としています。また、4日間の講習に出席できることが要件です。
- ◆有資格者および経験者のお申込みも可能です。(ただし、受講は定員に満たない場合に限りです。)
- ◆研修修了者には修了証を発行いたしますので、氏名・生年月日等については正確に記載してください。  
なお、研修初日に免許証や保険証等により本人確認をさせていただきます。
- ◆就労支援の為、就職活動等のアンケートにご協力をお願いいたします。
- ◆**申込みをキャンセルする場合等は、必ず事前にご連絡ください。**
- ◆定員は各回30名(最低開講人数1名) ※定員超過した場合は当センターにて厳正に審査の上、受講者を決定します。開講の概ね2週間前に郵送にて受講可否を通知致します。受講可否についての電話等での問合せはご遠慮ください。

※当センターのプライバシーポリシーに基づき申込書等の内容は厳重に管理し、ご本人の了解なしに第三者へ提供されることはありません。  
 ◎受講者の個人情報(氏名、住所、電話番号等)は、当該講座に関する通知等の送付および講座実施に関する連絡、講座受講の際の本人確認、就職支援、新規講座等のご案内の送付の範囲で利用させていただきます。  
 ◎ご提供いただいた個人情報はプライバシーポリシーに基づき、厳重に管理し、上記目的以外には使用いたしません。 担当：佐藤

支部記入欄

受付印	受付番号

**【お問合せ】(公財)介護労働安定センター 青森支部**  
 〒030-0861 青森市長島1-3-17 阿保歯科ビル4階  
**TEL017-777-4331 FAX017-777-4335** 担当：大内