実務者研修　受講申込書

公益財団法人 介護労働安定センター　愛媛支部長殿

　　　　　　　　　　 実務者研修課程　　学校長殿

ご本人が太枠内を記入してください　（※欄は、記入不要です。）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講支部（所）名 | 支部（所） | | | ※受付番号 | | ※　受講番号 |
| フリガナ |  | | | | | ※　受付印  本人確認書類提示確認  （　済・ 未　 　担当：　　　　　） |
| 氏名 |  | | | | |
| 生年月日 | 昭和  平成 | 年　　　　月　 　　日　　　（満　　　　歳） | | | |
| 現住所  （自宅） | 〒　　　　－  都・道  府・県 | | | | | |
| 連絡先 | 自宅 　　　　（　　　 ） | | | | 携帯 | |
| E-mail　　　　　　　　　　　　　　　　　@ | | | | | |
| 勤務先 | （法人名） | | | | | |
| （事業所名） | | | | | |
| 〒　　　　－ 　TEL 　 　　（　　　　） FAX 　 　（　　　　）  都・道  　　　　　　 府・県 | | | | | |
| 受講決定通知書送付先  （どちらかに○をつけてください） | | | 自宅　　　　・　　　　勤務先 | | | |
| 保有資格  及び  受講コース | 【1】保有資格に○をつけてください。保有資格に応じ受講コースが異なります。  なお、申し込みの際、必ず資格（修了）証の写し（A4サイズ）の提出をお願いします。  また、資格(修了)証の氏名が現在の氏名と異なる場合、戸籍抄本(謄本)（写）も併せて提出してください。  ホームヘルパー2級   |  |  | | --- | --- | | 320時間（訪問介護員養成研修(ヘルパー)2級修了者対象コース） |  |   介護職員初任者研修   |  |  | | --- | --- | | 320時間（介護職員初任者研修修了者対象コース） |  |   【２】介護分野の実務経験年数　　　経験年数　　　　　　　　　　　年（作成年月現在） | | | | | |
| 振込 | 振込みいただいた時点で、受講申し込み完了となります。 | | | | | |
| 各種助成金の利用 | 研修の受講に関し事業所で助成金の利用を予定されていますか（該当部分にチェックを入れてください）。   * 予定なし　　　　　　　　　□　予定あり　　　　　　　　□　不明 | | | | | |
| 教育訓練給付制度の利用 | 【１】研修の受講に関し教育訓練給付の利用を予定されていますか（該当部分にチェックを入れてください）。  なお、教育訓練給付制度は雇用保険の一般被保険者の方（もしくは、であった方）が対象です。  詳細やご質問等は最寄りのハローワークまでお問い合わせください。   * 予定なし　　　　　　　　　□　予定あり　　　　　　　　□　不明   　　→　「予定あり」の方は、次の点にご注意ください。  ①　必ず、受講者本人の名義でのお振込みが必要です。  ②　受講料等の振込に際し、金融機関が発行する払込通知票の保管が必要です。  【２】当センターより受講申込み前に教育訓練給付制度についての説明(口頭説明、明示書等資料お渡し等)は受けましたか（該当部分にチェックを入れてください）。   * 説明を受けた　　　　　□　説明を受けていない | | | | | |

◆記入いただいた氏名、住所等の個人情報は、本研修を円滑に実施するためのほか当センターの事業案内や資料提供のために使用させていただくことがあります。

◆記入いただいた個人情報は、当センターのプライバシーポリシーに基づき厳重に管理し、上記目的以外で使用いたしません。個人情報についてご不明な点がございましたら、支部（所）担当者までご連絡ください。

【個人情報に関するお問合せ先】 公益財団法人介護労働安定センター　愛媛支部　（担当者）藤井・山藤　（TEL）０８９-９２１-１４６１