|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付日 |  | 受付番号 |  | **受講番号** |  |

 特定様式１

申込日　　　　　年　　　月　　　日

社会福祉法人秋田県社会福祉協議会

会長　佐藤　博身

(受講を申し込む施設・事業所等)

施設・事業所等の長

**受講申込者　　（優先順位：　　　　）※（　）内に優先順位を記入してください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男 ・ 女 |
| 受講者氏名 |  |
| 生年月日 | 昭和 ・ 平成　　　年　　　月　　　日　（　　　歳） |
| 現在の勤務先 | 法人名 | 事業所名 |
| 〒　　　　－TEL：　　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| 資　　格職　　種 | ・介護福祉士　　　　　　　　　　　　　　・介護職員初任者研修（ヘルパー2級）　　・介護職員実務者研修（ヘルパー1級・介護職員基礎研修） | 有　・　無　有　・　無　有　・　無　 |
| 経験年数 | 介護職として年　　　ヶ月　　※ない場合は　0年0ヶ月とご記入ください。 |

**提出書類一覧　※提出する書類の☑欄にチェックをいれてください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **☑** | **書類名** | **様式** | **備　考** |
|  | 受講申込書　※本紙　 | 特定様式１ |  |
|  | 利用者情報 | 特定様式３ | 最大３名まで利用者がいない場合は不要 |
|  | 受講者の資格証明書 | 写し | Ａ４判に縮小したもの |
|  | 封筒　２通 | ◇長形３号（１２０mm×２３５mm）◇事業所名・住所・受講者名を明記◇１１０円切手貼付 | 受講決定通知用筆記試験合否通知用 |

|  |
| --- |
| ※虚偽の申請、申込を行った場合、受講を取り消すことがあります。御記入いただきました内容は、秋田県介護職員等によるたん吸引等研修第三号研修（特定の者対象）事業に関する業務に使用させていただきます。提出された文書に関しては返却できませんので、予めご了承ください。 |