

音更町介護職員初任者研修 受講申込書

申込日	令和 年 月 日	
ふりがな		
氏名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日	
住所		
電話番号	自宅	携帯
ファックス		
メールアドレス		
本人確認書類	住民票・運転免許証・マイナンバーカード・ パスポート・健康保険証・その他（ ）	
職業	職種	勤務先名 (勤務年数 年)
	(就業予定先がある場合、勤務予定先名)	
通学手段	自家用車・公共バス・自転車・徒歩・その他（ ）	
介護経験	無・有 (施設介護・在宅介護・家族の介護・その他)	
受講理由		
Zoomを使って受講することができますか？	できる ・ できない	
介護の仕事への就労希望	有 ・ 無	

受講対象者は、次のいずれかに該当する人です。

- ① 音更町民で、受講後に町内の介護サービス事業所に従事しようとする人
- ② 音更町内の介護サービス事業所に従事し、介護に関する資格を持っていない人
- ③ その他町長が特に必要と認める人

受講者の選考方法 書類選考

選考日 令和3年7月23日(金) (選考結果は、郵送又はメールでお知らせします。)

申込期間 令和3年7月1日(木)～7月20日(火) (郵送必着、窓口持参)

※窓口取扱時間は、8:45～17:30 (土、日曜、祭日を除く。)

申込書類 ① この受講申込書

- ② 本人が確認できるもの(住民票、運転免許証、マイナンバーカード、健康保険証等のいずれかの写し) ※住民票は、3か月以内に取得したものに限ります。