

介護職員初任者研修課程 受講申請書兼誓約書

フリガナ			生年月日	昭和			
氏 名			性 別	平成	年	月	日
				男	・	女	
住 所	〒						
	TEL ー ー						
	携帯 ー ー						
最終職歴 (現在)	() 年 月～ 年 月						
所持資格	有 () 無		介護関係の 実務経験	有 () ヶ月 無			
就労希望	有 ⇒ 1 有田川町内の事業所で就労予定 2 下記有田川町社会福祉協議会に登録する ※ ₁ ・初任者研修事後調査名簿 ※ ₂ ・福祉人員予備名簿・福祉・求人情報お知らせ名簿 無 3 すでに有田川町内の事業所で就労している 未定 4 すでに町外の事業所で就労している						
公的な機関（県・ハローワーク等）から補助金を受ける予定がありますか。 有 () 無 未定							
応募の理由、動機等を記入してください。							
誓約書 私は規則を守り、勉勵することを誓います。本分に違背した場合は、いかなる処分に対しても異議申し立てしないことを誓います。また上記の申請内容に相違がないことを誓約します。 令和 年 月 日 氏名 ㊟							

※1 研修後何年か後に現在の就労状況調査のために連絡することがあります。
 ※2 福祉人員が不足となった場合に声をかけさせていただいたり、福祉や求人に関する情報をお送りしたりする事があります。

受講料 (該当するものに○ をしてください)	29,800 円 (有田川町在住の方)	・	59,800 円 (有田都市在住の方)	・	79,800 円 (左記以外の方)
------------------------------	------------------------	---	------------------------	---	----------------------

--	--	--