**令和７年度　介護職員初任者研修**

**受講申込書**

令和７年度介護職員初任者研修実施要項を確認のうえ、以下のとおり申込します。

【記入日】令和　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 | （　男　・　女　） |
| 生年月日 | 　昭和年　　月　　日　平成 |
| 住　　所 | 〒 |
| 電話番号 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※日中連絡が取れる番号を記載 |
| メールアドレス |  |
| 勤務先名称 |  |
| 勤務先住所 | 〒 |
| 勤務先電話番号 |  |

受講料に関して、該当するものに☑を入れてください。

|  |  |
| --- | --- |
| □ | **【特別料金　５，０００円】**※以下、①②③すべてに該当する方①宇和島市に住所を有している方②現在、介護事業所に就労していない方③研修修了後、1年以内に宇和島市内の介護事業所に就労する方 |
| □ | **【通常料金９０，０００円】** |
| □ | ただし、現在、介護の仕事をしており『介護養成研修受講促進事業助成（愛媛県社会福祉協議会）』を希望する方 |

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 介護職員初任者研修修了のため、全日程を受講することを確認しました |

※本会が知り得た個人情報は、本研修事業に関連することのみに使用します。