

福島地域 ・ 相馬地域 ・ 県北地域

福島広域雇用促進支援協議会委託 「介護福祉士実務者研修」

受講申し込み書 「郵送およびFAX専用」

コース (ご希望のコースに○をつけて下さい。)	<input type="checkbox"/>	A 福島地域(福島教室7月生クラス)	→締め切り日 6/20(水) 受付終了 7/14(金) 8/21(月)
	<input type="checkbox"/>	B 相馬地域(相馬教室8月生クラス)	
	<input type="checkbox"/>	C 県北地域(福島教室9月生クラス)	

送信先FAX番号 ⇒ **024-522-0306**

記入日 平成 年 月 日 株式会社ニチイ学館 行き

事務所記入欄

フリガナ 企業名			
フリガナ 代表者名			
フリガナ 所在地	〒	—	
フリガナ 震災前 所在地	〒	—	
担当者	(部署・役職名)		(氏名・フリガナ)
連絡先	TEL	— —	FAX — —
	e-mail		

対象確認 あてはまる項目に チェックを入れてください。	<input type="checkbox"/> 被災12市町村の事業所 <input type="checkbox"/> 将来的に被災12市町村へ進出を予定している事業所(年 月頃) <input type="checkbox"/> 被災12市町村に就業先がある事業所 <input type="checkbox"/> 将来的に被災12市町村で操業を予定している事業所(年 月頃)
	上記いずれかに該当し、かつ下記2つに該当する事業所がお申し込みいただけます。
※被災12市町村 (田村市、南相馬市、川俣町、広野町、 楢葉町、富岡町、川内村、大熊町、 双葉町、浪江町、葛尾村、飯館村)	<input type="checkbox"/> 受講希望者は貴社の被雇用者である <input type="checkbox"/> 受講希望者は講習の全課程を全て受講できる

被災12市町村に事業所がある場合はご記入ください。

フリガナ 企業名			
フリガナ 所在地	〒	—	
連絡先	TEL	—	—

※添付書類およびお申込みにあたっての注意事項

- ①受講希望者の雇用保険被保険者証資格取得届の写しもしくは雇用の確認が取れるもの
②介護職員初任者研修またはホームヘルパー2級資格証明書の写し
※改姓などにより資格証明書と現在の氏名が異なる場合は、確認書類として運転免許証、健康保険証、パスポートのいずれかのコピーも添付してください。

受講希望者記入欄①

フリガナ氏名	姓	名	性別	男 ・ 女		
電話(携帯番号)	—	—	—	—		
フリガナご住所	〒 —					
生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日生	年齢	歳
雇入年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日		
保有資格	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 ※資格証明書添付必須					

受講希望者記入欄②

フリガナ氏名	姓	名	性別	男 ・ 女		
電話(携帯番号)	—	—	—	—		
フリガナご住所	〒 —					
生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日生	年齢	歳
雇入年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日		
保有資格	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 ※資格証明書添付必須					

【個人情報の取り扱いについて】

※ 本申込みでいただいた個人情報は、福島雇用促進支援事業の開催運営を目的としてのみ使用させていただきます。