

相馬地域

「介護福祉士実務者研修」

☆☆☆二チイ学館 福島校 相馬教室 令和3年7月生☆☆☆

受講申込書『郵送およびFAX専用』

※お申し込み締め切り

令和3年6月18日（金）必着・・・(株)二チイ学館 宛

FAX番号

024-522-0306

記入日

令和 年 月 日

①事業所記入欄

雇用保険適用事業所番号

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

フリガナ
事業所名

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
(H23.3.11時点)

同上 〒 - 都 道 市 区 町
 震災後設立 府 県 郡 村

担当者

(部署・役職名)

(氏名・フリガナ)

連絡先

TEL - -

FAX - -

e-mail

あてはまる項目に
チェックを入れてください。

- 現在ハローワークに求人を出している
- 今後ハローワークに求人を出す予定がある(20 年 月頃)

対象確認
あてはまる項目に必ず
チェックを入れてください。

※被災12市町村
(田村市、南相馬市、川俣町、広野町、
楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、
双葉町、浪江町、葛尾村、飯館村)

- 被災12市町村の事業所
- 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)
- 被災12市町村に就業先がある事業所
- 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、かつ下記の2つに該当する事業所がお申し込みいただけます。

- 受講希望者は貴社の被雇用者である
- 受講希望者は講習の全課程を全て受講できる

②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
事業所名

フリガナ
所在地

〒 -

電話番号

- -

《※添付書類およびお申込みにあたっての注意事項》

《添付書類》

○受講希望者の雇用保険被保険者資格取得届(事業主通知用)の写し
もしくは雇用の確認が取れるもの

○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 |
| 電話番号 | — | | | |
| 携帯電話 | — | | | |
| フリガナ ご住所 | 〒 — | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日生 | 年齢 歳 |
| 雇入年月日 | 年 | 月 | 日 | |
| 保有資格 ※資格証明書添付必須 | <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 | 介護福祉士国家試験 受験予定年度 | 令和 | 年度 |

受講希望者記入欄 ②

| | | | | |
|--------------------|--|---------------------|----|------|
| フリガナ 氏名 | 姓 | 名 | 性別 | 男・女 |
| 電話番号 | — | | | |
| 携帯電話 | — | | | |
| フリガナ ご住所 | 〒 — | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日生 | 年齢 歳 |
| 雇入年月日 | 年 | 月 | 日 | |
| 保有資格 ※資格証明書添付必須 | <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 | 介護福祉士国家試験 受験予定年度 | 令和 | 年度 |

【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。