

相馬地域

福島広域雇用促進支援協議会委託事業「福島労働局 福島雇用促進支援事業」

「介護福祉士実務者研修」

☆☆☆ニチイ学館 福島校 相馬教室 7月生☆☆☆

受講申し込み書 『郵送およびFAX専用』

※お申し込み締め切り

平成30年6月11日（月）必着・・・ニチイ学館 宛

送信先FAX番号 ⇒

024-522-0306

記入日

平成

年

月

日

事業所記入欄

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、
楢葉町、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

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

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

- 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
電話番号	— —			
携帯電話	— —			
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
電話番号	— —			
携帯電話	— —			
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、福島広域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。