

2022年 月 日

一般財団法人 竹田健康財団  
理事長 竹田 秀 様

氏名： 印

住所：〒 -

連絡先 TEL

私は、以下の内容をもって2022年度介護職員実務者研修に受講を申し込みます。

受講申し込み者	ふりがな 氏名		性別	男 ・ 女
	生年月日	S・H 年 月 日生	年齢	歳
研修履修状況	<input type="radio"/> 訪問介護員養成研修（ <input type="checkbox"/> 1級課程 ・ <input type="checkbox"/> 2級課程 ・ 3級課程） <input type="radio"/> 介護職員初任者研修 <input type="radio"/> 介護職員基礎研修 <input type="radio"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 履修歴なし			
介護業務従事状況	<input type="radio"/> 現に介護業務に従事している		従事年数	年
		事業所名		
	<input type="radio"/> 今は従事していないが過去に従事していた		従事年数	年
		<input type="checkbox"/> 介護業務に従事したことはない・していない		
実務者研修修了後の 抱負  *主に、スキルアップ (資格取得含む)につ いて記載して下さい。				

※介護関係の資格証明書の写しを一部添付すること。