

太陽の村ケアスクール介護職員初任者研修（通信課程） 申込書

令和 年 月 日

ふりがな 氏名			性別	男・女
生年月日	S・H 年 月 日 ( ) 才			
住所	〒 -			
	TEL		E-mail :	
現在の勤務先	法人名		施設名	
	施設所在地 〒 -			
	TEL		FAX	
E-mail :				
施設種別 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 障害者施設	
経験年数 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> ① 0～1年未満 <input type="checkbox"/> ③ 2～3年未満		<input type="checkbox"/> ②1年～2年未満 <input type="checkbox"/> ④4年以上	
科目免除 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 「あり」の方は、(a) か (b) の該当する方に ○ をつけ、必要書類を添付して下さい。 (a) 上記経験年数②～④の180日以上介護業務に従事した者 <b>「1.職務の理解」(6時間)を免除</b> (b) H25年4月1日以降に「居宅介護従業者養成研修」の2級課程を修了した旨の証明書の交付を受けた者 <b>「7.認知症の理解」(6時間)を除く全科目を免除</b>			