**令和6年度　神奈川県版ファーストステップ研修（横浜・川崎地区）**

**受講申込書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 性　別 | 男　・　女 |
| 氏　名 |  | | |
| 生年月日 | 昭和/平成  年　　　月　　　日　（　　　　　）歳 | | 連絡先 | TEL | |
| 自宅住所 | （〒　　　　　－　　　　　　　　） | | | | |
| 介護福祉士 資格登録年月日 | 年　　　　月　　　　日 | 介護福祉士  登録番号 | |  | |
| 資格取得後  実務経験年数 | 年 | 職種  現在の役割 | |  | |
| 介護職員  初任者研修 | ※初任者研修またはヘルパー２級を修了しましたか？  □修了した　　　　　□修了していない | | | | |
| 就業先情報 | | | | | |
| 法人名 |  | | | | |
| 法人代表者名 |  | | | | |
| 所属事業所名 （施設名） |  | | | | |
| 住所  （案内等送付先） | （〒　　　　　－　　　　　　　　） | | | | |
| 所属事業所  連絡先 | TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX | | | | |
| 連絡担当者名 | ※就業先の連絡窓口となる方の氏名・役職名をご記入ください。  役職名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 事業所  e-mail | @ | | | | |
| 受講料領収書宛名 | ※受講料をお支払い頂いた際に発行する領収書は、「所属事務所名・受講生氏名」宛で発行します。  その他の宛名をご希望の方は、ご記入ください。 | | | | |

送付先：〒233-0002　横浜市港南区上大岡西1-6-1　ゆめおおおかオフィスタワー10階

公益社団法人 横浜市福祉事業経営者会

E-mail: ss3@biscuit.ocn.ne.jp

先着順：定員になり次第締め切らせていただきます

※個人情報の取り扱いについて

ご記入いただいた個人情報は、下記の目的のみに使用し、厳重に管理いたします。

お申込者様へのご連絡やご案内、研修運営管理、神奈川県への報告、神奈川県の調査・評価等への協力