

令和8年度 介護職員初任者研修

受講申込書

令和8年度介護職員初任者研修実施要項を確認のうえ、以下のとおり申込します。

【記入日】令和 年 月 日

フリガナ	
氏名	(男・女)
生年月日	昭和 年 月 日 平成
住所	〒
電話番号	※日中連絡が取れる番号を記載
メールアドレス	
勤務先名称	
勤務先住所	〒
勤務先電話番号	

受講料に関して、該当するものに☑を入れてください。

<input type="checkbox"/>	【特別料金 5,000円】 ※以下、①②③すべてに該当する方 ①宇和島市に住所を有している方 ②現在、介護事業所に就労していない方 ③研修修了後、1年以内に宇和島市内の介護事業所に就労する方
<input type="checkbox"/>	【通常料金90,000円】 <input type="checkbox"/> ただし、現在、介護の仕事をしており『介護養成研修受講促進事業助成（愛媛県社会福祉協議会）』を希望する方
<input type="checkbox"/>	介護職員初任者研修修了のため、全日程（計28回）受講することを確認しました

※本会が知り得た個人情報は、本研修事業に関連することのみに使用します。

令和8年6月30日（火）必着