公益財団法人介護労働安定センター青森支部

FAX　017-777-4335

令和8年度「介護助手(お手伝いスタッフ)講習」受講申込書

受講希望	☐ 2日間座学のみ ☐ 4日間 座学＋実習	☐ 青森①	☐ 八戸	☐ 五所川原	☐ 弘前	☐ 十和田	☐ むつ	☐ 青森②					
氏　名	フリガナ		性別	男　・　女									
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日　　(　　歳)												
住　所	〒　　－												
自宅電話	－　　－		携帯電話	－　　－									
職　業	1.無職(求職中)　2.主婦・主夫　3.パート・アルバイト 4.会社員(職種：　　)　5.　その他(　　)												
介護・医療系保持資格	1.資格なし　2.介護支援専門員　3.介護福祉士　4.実務者研修修了 5.初任者研修修了　6.ヘルパー　　級　7.福祉用具専門相談員 8.看護師　9.その他(　　)												
介護経験	なし　・　あり(　　年　　カ月)												
受講申込理由	1.介護現場への就労を目指している。　2.今後介護の資格取得を目指している。 3.介護現場での就労経験はあるが、さらに自身の介護技術を高めたい。 4.以前受講した内容を復習したい。　5.その他(　　)												
同意事項	<講習等受講における禁止事項>に同意しますか。 ◆禁止事項◆　●本講習のSNS上への掲載。 ●本講習における著作権を侵害する行為　●本講習の録画・録音・撮影、スクリーンショットやダウンロードおよび資料の無断複写や転用、転載等。								☐ 同意				

【留意事項】※以下を必ずお読みいただき、ご了承の上お申し込みください。
1.介護現場への就労支援事業のため、講習終了後就職活動等のアンケートにご協力いただきます。
2.開講の概ね10日前に郵送にて受講可否の通知書を送付いたします。
(受講につきましては、当センターにて審査の上受講可否を決定いたします。受講可否について、電話でのお問い合わせはご遠慮ください。)
3.講習初日に本人確認をいたしますので、運転免許証や健康保険証をご持参ください。
4.お申し込みをキャンセルする場合は、必ずご連絡ください。

※当センターのプライバシーポリシーに基づき申込書等の内容は厳重に管理し、ご本人様の了解なしに第三者へ提供されることはありません。
◎受講者様の個人情報(住所、氏名、電話番号等)は、当該講習に関する通知等の送付及び講習実施に関する連絡、講習受講の際の本人確認、新規講習などのご案内の送付の範囲内で利用させていただきます。
◎ご提供いただいた個人情報は、プライバシーポリシーに基づき、厳重に管理し、上記目的以外には使用いたしません。

【お申し込み・お問い合わせ】
公益財団法人　介護労働安定センター　青森支部
〒030-0861　青森市長島1-3-17　阿保歯科ビル4階
TEL 017-777-4331 FAX 017-777-4335　担当　蝦名、田中