

(様式第1号)

介護従事者新規就労支援事業登録申請書

令和 年 月 日

秋田県社会福祉協議会長 様

申込者氏名 印

介護従事者新規就労支援事業の利用を希望しますので、次のとおり申請します。

ふりがな 氏名		性別	男性 ・ 女性 (該当項目に○印)
住所	〒	電話番号 FAX番号	
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生 (歳)		
基礎講習会	第 回 ・ 令和 年 月 日 () ~ 日 () 【県北 ・ 中央 ・ 県南】会場		
介護職員 初任者研修の受講 状況	1 修了	年 月 日	
	2 受講中 (修了予定年月)	年 月	
	3 未受講 (受講予定年月)	年 月	
実務訓練 実施希望地域			
実務訓練 希望勤務形態 (希望する番号に○)	1	訓練期間6ヵ月 (※基本的なコース)	夜勤あり
	2	訓練期間4ヵ月	夜勤なし (入所施設で日勤のみの実務訓練)
	3	訓練期間3ヵ月	夜勤なし (通所施設での実務訓練)
夜勤の実務訓練が 困難な理由 (該当する番号に○。 4の場合はその事情を 記入)	1	ひとり親家庭	
	2	上記1以外で申請者の他に夜間の子又は障害を持つ子の養育者がいない	
	3	上記1以外で申請者の他に夜間の介護者がいない	
	4	その他の家庭の事情等 ()	
修了後の希望等			

※実務訓練の勤務形態は基本的に1となります。ただし、夜勤が困難な場合は、夜勤免除の可能性があり
ますので、2又は3を選択してください。

※登録申請受付後に経歴書の提出をお願いします。 ※昼食や飲み物は各自で用意してください。

※動きやすい服装と履物で参加してください。