

年 月 日

鹿児島県知事 塩田 康一 殿

令和6年度鹿児島県喀痰吸引等研修事業第三号研修（特定の者対象）

基本研修申込書

ふりがな	
氏名	
生年月日・年齢	(昭和・平成) 年 月 日生 () 歳
自宅住所	〒 ※住民票と同じ住所を記入してください。
自宅電話番号	
現在の勤務先：設置主体名	
現在の勤務先：施設（事業所）名	
施設（事業所）所在地	〒
施設（事業所）Tel	
施設（事業所）Fax	
施設（事業所）Mail	
現在の勤務先（種別）	1. 訪問介護（介護保険） 2. 居宅介護・重度訪問介護（障害福祉） 3. 幼稚園・保育所 4. その他（ ） ※あてはまるものに○をつけてください。
勤務形態	常勤専従・常勤兼務・非常勤専従・非常勤兼務（週 時間勤務） ※あてはまる方に○を付け、1週間あたりの勤務時間を記入してください。 ※兼務の場合は、介護職員等として従事している時間のみ記入してください。
福祉系の保有資格	1. 介護福祉士 2. 介護職員基礎課程 3. ヘルパー1級 4. ヘルパー2級 5. その他（ ） 6. なし ※あてはまるものに○を、複数ある場合は、上位資格に○をつけてください。
介護福祉士の登録状況	登録年月日：(昭和・平成・令和) 年 月 日 登録番号： ※介護福祉士のみ記入してください。
経歴	() 年 () か月 ※介護職員等として従事している期間を記入してください。
実地研修の受講予定	有 ・ 無 ※「有」の場合は、併せて実地研修の申込書類を提出してください。 ※申込み多数の場合、実地研修の受講予定がある方を優先します。