　　　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）  ※あてはまる方に〇を付け，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。 |