**令和７年度東大阪市介護予防・日常生活支援総合事業サービス従事者養成研修**

**受講申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 申込書を記載した日 | 令和　　　 年　　　 月　 　　日 |
| 氏　名 |  |
| 住所 | （〒　　　　－　　　　　） |
| 生年月日 | 年　　　　　月　 　　　日生 | 性別 | 男　 ・　 女 |
| 連絡先 | （電話番号） | （FAX番号） |
| 所属する事業所や活動グループ等 | （事業所、団体、グループの名称）（所在地） |
| 介護に関連する資格等(お持ちであれば記載下さい) |  | ※今回と同様の養成研修を他市で受けていますか。（または、受ける予定がありますか。）1．はい（　　　　　　　）市 ： ２．いいえ |
| 受講理由（１～５のいずれかに○を付けて下さい） | １ | 総合事業サービス事業所（訪問型生活援助サービス）に従事する予定があるため |
| ２ | 総合事業サービスの活動（訪問型助け合いサービス）に従事する予定があるため |
| 3 | 総合事業サービスの活動（通所型つどいサービス）に従事する予定があるため |
| ４ | 街かどデイハウスの従事資格取得のため |
| ５ | 総合事業サービスの活動に従事する予定はないが、今後従事を検討したり、知識として学ぶ等のために受講を希望する |

**※研修受講の申込要項をご了解いただいた上でお申し込みください。**

**※本人確認書類のコピーを同封してください。**

市使用欄

【本人確認書類（次のいずれか）】

・運転免許証　　・医療保険被保険者証　　・介護保険被保険者証

・住民票 　・在留カード　・マイナンバーカード　　等