

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	
氏 名				年	月
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
--

--