

長久手市長 殿

(申請者) 住 所
氏 名
電話番号

長久手市潜在的有資格者等再就業促進事業参加申込書

長久手市潜在的有資格者等再就業促進事業実施要綱第10条の規定に基づき、下記のとおり実技研修・職場体験について申込みをします。

記

1 希望事業所

事業所名		
介護事業所等の種別		
希望する研修等種別 (該当するものに○)	潜在的有資格者の ための実技研修	介護以外の分野から再 就業のための職場体験

2 希望日（実施事業所と調整の上、決定するため希望に添えない場合があります。）

第1希望	年 月 日 () ~	年 月 日 ()
第2希望	年 月 日 () ~	年 月 日 ()
第3希望	年 月 日 () ~	年 月 日 ()

3 申込者経歴等

氏名			性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日		年齢	歳
住所	(〒 -)			
電話番号	携帯		自宅	
福祉職歴有無及び内容	有 ・ 無	内容	(例：デイサービスで介護職として6年勤務)	
福祉・介護資格有無及び内容	有 ・ 無	内容	(例：社会福祉士、介護福祉士)	
参加申込動機 (該当するものに○)		初めて介護の仕事に就きたい		介護の仕事に関心がある
		介護の知識・技術を学びたい		介護の実技等を再実習したい

*本申込みに際して下記の内容を承諾しているものとします。

- ・希望事業所が実施する体験カリキュラムの内容を確認し了解した上で申込みをしている。
- ・本事業において取得した個人情報、本事業で利用するほかは、市長の指示又は承諾があるときを除き、第三者に提供してはならない。
- ・実施事業者が申込者から徴収する費用（食費や被服費等）がある場合は、実施事業者へ直接支払うものとする。
- ・実施事業者が申込者に対して検便や健康診断等を求める場合には実施した上で参加することとし、その際に発生する費用は申込者が負担する。