

令和7年度 庄原市介護予防・生活支援サービス従事者養成研修課程
第13期 庄原市介護サポーター 養成研修 受講申込書

申 込 日	令和 年 月 日	
フリガナ		性 別
名 前		男 ・ 女
電話番号	自 宅 () 携 帯 ()	
住 所	〒 ー 庄 原 市	
生年月日	昭 和 ・ 平 成 年 月 日	(歳) ※申込時の年齢をご記入ください
アンケート	■ 以下のアンケートにお答えください（該当するものに○印をつけてください） 1. 普通自動車免許をお持ちですか？ はい ・ いいえ 2. 介護施設等で仕事をしたことはありますか？ ある ・ ない ※ある場合は、その仕事の内容() 3. 介護に関する資格をお持ちですか？ ある ・ ない ※ある場合は、その資格名() 4. 今後、この資格を活かして、介護の仕事に就労する希望はありますか？ ある ・ ない ・ 未 定 5. この講座を何で知りましたか？ 市のホームページ ・ ポスター ・ チラシ ・ 住民告知放送 ・ 市の公式LINE	
志望動機	この研修を受講しようと思われた動機をお書きください。	

※この申込書は、本研修以外の目的には利用いたしません。

【申込締切】	令和7年11月14日(金) ※必着
【提出先】	〒727-8501 庄原市中本町一丁目10-1 庄原市役所 生活福祉部 高齢者福祉課 介護保険係 電 話：0824-73-1167 F A X：0824-75-0245 メール：kourei-kaigo@city.shobara.lg.jp

(市記入欄) 受付No.