

## 令和7年度 介護の入門的研修 参加申込書

|                                |                                                                                                                                 |      |         |       |   |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------|-------|---|
|                                |                                                                                                                                 | 令和7年 |         | 月     | 日 |
| 氏 名                            | フリガナ                                                                                                                            |      | 性別      | 男 ・ 女 |   |
|                                |                                                                                                                                 |      |         |       |   |
| 生年月日                           | 昭和 ・ 平成 年 月 日 （ 歳）                                                                                                              |      |         |       |   |
| 住 所                            | 〒 -                                                                                                                             |      |         |       |   |
| 電話番号                           | 携帯： - -                                                                                                                         |      | 自宅： - - |       |   |
| 現在の就<br>労状況<br>□に✓をつけて<br>下さい。 | <input type="checkbox"/> 就労している（ ①介護職 ②介護職以外 ③教員 ④学生 ）<br>（勤務先【学校名】）<br><input type="checkbox"/> 無職 （受講後に就労案内を ①希望する ・ ②希望しない ） |      |         |       |   |
| 参加動機                           |                                                                                                                                 |      |         |       |   |

| 会 場 | 参加を希望する日にちの左側に○をしてください。 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |                |      |  |       |
|-----|-------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|----------------|------|--|-------|
|     | 1 日目                    |      | 2 日目 |      | 3 日目 |      | 4 日目 |      | 5 日目 |      | 施設見学(先着 5 名程度) |      |  |       |
| 東 部 |                         | 9/4  |      | 9/12 |      | 9/18 |      | 9/19 |      | 9/25 |                | 参加する |  | 参加しない |
| 中 部 |                         | 7/12 |      | 7/19 |      | 7/26 |      | 7/27 |      | 8/2  |                | 参加する |  | 参加しない |
| 西 部 |                         | 8/4  |      | 8/12 |      | 8/20 |      | 8/21 |      | 8/26 |                | 参加する |  | 参加しない |

- 地震や台風、感染症などやむを得ない事情により研修会を延期・中止せざるを得ない場合があります。
- 1 日のみの参加も可能です。
- 複数会場でお申込み可能です。(例：1～2日目 西部、3～4日目 東部、5日目 中部、等)
- 原則3～4日目は同じ会場で続けてお申込みください。
- 5日目の施設見学は先着5名程度です。見学に行く施設や時間等は調整でき次第ご案内いたします。
- 就労案内を希望された方は受講後に鳥取県福祉人材センターと協力し、就労に向けてご支援します。
- ご持参または郵送・FAX によりお申込みください。
- 受講の可否については、申込書に記載された住所宛に研修初日1 週間前までに決定通知を送付します。

**申込締切：各会場初日の10日前までにお申込みください**

(定員になり次第締め切ります)

お申込み・お問合せ先

〒689-0201 鳥取市伏野 1729-5 県立福祉人材研修センター内  
社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会 福祉人材部（担当：山本彩、上山）  
TEL 0857-59-6336 FAX 0857-59-6341