

# 令和2年度沖縄県介護に関する入門的研修 受講申込書 <西原町>

令和2年 月 日

フリガナ				性別	男 ・ 女
氏 名				年 齢	歳
生年月日	昭和・平成	年	月	日	生まれ
フリガナ					
住 所	〒				
連 絡 先	TEL : (      )		携 帯 :      -      -		
	E-mail :				
	携帯メール:				

受講生が未成年の場合、保護者の方は自筆で記入し押印してください

保護者氏名	フリガナ	緊急連絡先住所
	印	緊急連絡先電話
利用可能な通信手段	・電話      ・ E-mail      ・ 携帯電話 ※連絡時、都合の良い時間帯(      :      頃)	

介護分野への就労を希望する方	・就職希望する	・就職支援希望しない
新型コロナウイルス感染拡大防止ご協力のお願い	◆以下に該当する場合、研修への参加を控えて頂きますようお願いいたします。 ・発熱の症状がある方(体温37.5度以上) ・風邪の症状がある方 ・過去14日間以内に、発熱や感冒症状で受診や服薬等をした方 ・過去14日間以内に、感染拡大している地域や国への訪問歴がある方 ・過去14日間以内に、新型コロナウイルスの患者や、その疑いがある患者(同居者、職場内等の発熱を含む)との接触歴がある方 ・高齢の方や基礎疾患をお持ちの方 ・沖縄人材カレッジの感染拡大防止ガイドラインに則り、「健康状態申告書」の提出等、ご協力いただけない方 ◆上記注意事項を確認し、感染拡大防止策の実施に同意します。 → <input type="checkbox"/> (チェックをお願いします)	

**<受講申込先・お問合せ先>**  
**沖縄人材カレッジ 入門的研修担当**  
**TEL:098-943-4162 FAX:050-3673-8734**



①沖縄人材カレッジ  
ホームページでも  
申込受付中!

※本事業は沖縄県の事業です。受託内容に関するお問合せは、受託事業者「沖縄人材カレッジ(TEL:098-943-4162)へお問合せください。

※本事業で収集した個人情報は、本事業運用にのみ利用させていただきます。その他の目的での使用は致しません。

※申込みの際には、身分証明書の確認を行います。(沖縄県からの指導)

※受講風景の写真を後方から撮影致します。(沖縄県への報告)

※新型コロナウイルスの感染状況によっては、研修を中止する場合がありますのでご了承下さい。

■申込についての確認 ※私は、本申込について、その情報を下記の目的に限って提供することを承諾します。

※求職のため求人施設に対する紹介を依頼した場合

※国の機関等(国、地方公共団体)の法令の定める業務への協力

※地方自治体が、地域ボランティア等に関する情報を提供する場合

署 名 \_\_\_\_\_