

介護福祉士等届出制度登録申込書

平成 年 月 日

次により「介護福祉士等届出制度」に登録申込いたします。

【届出者情報】

| | | | |
|------|---|----|-------|
| フリガナ | | | |
| 氏名 | | | |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日生まれ () 歳 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 住所等 | 〒 — | | |
| | <電話番号> ※自宅または携帯のどちらか必須 自宅 — — — — — 携帯 — — — — — | | |
| | <電子メールアドレス> ※パソコンまたはスマホ・携帯のどちらか必須 パソコン : _____ スマホ・携帯 : _____ (スマホ・携帯はパソコンからのメールが受取拒否の設定でないことをご確認ください) | | |

【資格情報】

| | | | | | |
|-------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------|
| 保有資格 修了資格 | 介護福祉士 | <input type="checkbox"/> 資格無 | <input type="checkbox"/> 資格有 | 登録番号 | - |
| | | | | 登録年月日 | 年 月 日 |
| | 保育士 | <input type="checkbox"/> 資格無 | <input type="checkbox"/> 資格有 | 登録番号 | - |
| | | | | 登録年月日 | 年 月 日 |
| | 実務者研修 | | <input type="checkbox"/> 資格無 | <input type="checkbox"/> 資格有 | |
| | 初任者研修 <small>(ホームヘルパー2級)</small> | | <input type="checkbox"/> 資格無 | <input type="checkbox"/> 資格有 | |
| | 介護職員基礎研修 | | <input type="checkbox"/> 資格無 | <input type="checkbox"/> 資格有 | |
| | ホームヘルパー1級 | | <input type="checkbox"/> 資格無 | <input type="checkbox"/> 資格有 | |
| | その他 | | <input type="checkbox"/> 資格無 | <input type="checkbox"/> 資格有 | 資格名称： |
| その他 福祉関係 資格 | 社会福祉士 | | <input type="checkbox"/> 資格無 | <input type="checkbox"/> 資格有 | |
| | 精神保健福祉士 | | <input type="checkbox"/> 資格無 | <input type="checkbox"/> 資格有 | |
| | その他 | | <input type="checkbox"/> 資格無 | <input type="checkbox"/> 資格有 | 資格名称： |

(裏面に続く)

【就業状況】

| | |
|---------------|---|
| 就業状況 | <input type="checkbox"/> 現在、介護分野で就業中 <input type="checkbox"/> 現在、保育分野で就業中 <input type="checkbox"/> 現在、介護・保育以外の福祉分野で就業中 <input type="checkbox"/> 福祉分野以外で就業中 <input type="checkbox"/> 就業予定（介護） <input type="checkbox"/> 就業予定（保育） <input type="checkbox"/> 就業予定（その他福祉） <input type="checkbox"/> 就業予定（福祉以外） <input type="checkbox"/> 就業していないが求職中（福祉） <input type="checkbox"/> 就業していないが求職中（福祉以外） <input type="checkbox"/> 就業していない <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 |
| 勤務経験年数 ※任意 | 介護分野： 年 保育分野： 年 それ以外の福祉分野： 年 |

【離職情報】※任意

| | |
|-------|---|
| 離職年月日 | 西暦 年 月 日 |
| 離職理由 | <input type="checkbox"/> 転職（同分野に勤務） <input type="checkbox"/> 転職（前職と異なる福祉分野に勤務） <input type="checkbox"/> 転職（福祉分野以外に勤務） <input type="checkbox"/> 進学・留学 <input type="checkbox"/> 結婚・出産・育児 <input type="checkbox"/> 家族の介護・看護 <input type="checkbox"/> 体調不良・療養 <input type="checkbox"/> 定年・雇用契約満了 <input type="checkbox"/> その他 |

【復職に関する情報】※任意

| | |
|---------------|---|
| 復職の意向 | <input type="checkbox"/> すぐに <input type="checkbox"/> いずれ <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 未定 |
| 再就職にあたっての希望条件 | |
| 再就職に向けた必要な情報 | |

※特に「※任意」等の指定がある項目を除き、すべての項目に記入してください。

※かながわ福祉人材センターの窓口で手続きされる場合は、ご本人確認のための証明書等が必要となります。