

令和8年度 介護職員初任者研修 受講申込書

実施期間：令和9年1月9日（土）～2月21日（日）全14回（土・日曜開催）／会場：佐渡市介護老人保健施設すこやか両津

申込期限：2026年11月30日（月）必着

1. 申込者情報（ご記入ください）

フリガナ							
氏 名							
生年月日	西暦	年	月	日	年 齢	満	歳
ご住所	〒						
電話番号	日中つながりやすい番号をご記入ください						
所属（任意）	学校名・勤務先など						

2. 受講要件の確認（すべてに当てはまることをご確認のうえ、チェックしてください）

☐ 中学校を卒業した15歳から16歳以上である ☐ 介護業務に従事する意思がある ☐ 全日程に出席できる

※受講の可否は当法人が確認のうえご連絡します。学歴以外の資格・経験は問いません。お申込みが4名以下の場合、研修は開催しません（その場合は全額をご返金または請求いたしません）。

3. 本人確認書類（いずれか1点の写しを添付し、チェックしてください）

☐ 運転免許証（最優先） ☐ マイナンバーカード ☐ パスポート ☐ 住民票 ☐ 住民基本台帳カード
☐ 在留カード ☐ 年金手帳 ☐ 国家資格の免許証・登録証 ☐ 資格確認書

※申込書のお名前と証明書のお名前が同一であることを確認します。

4. 費用・補助制度の確認

受講料100,000円＋教材費5,720円＝合計105,720円（税込）。お申込み内容の確認後にご請求し、お支払いをもって申込手続き完了となります。補講料は無料です。

☐ 佐渡市内に住所がある（佐渡市の資格取得補助の対象確認に使用します。修了時30歳以下：費用の80％以内・上限8万円／その他：50％以内・上限5万円。他の同種補助との重複不可）

ご記入いただいた個人情報は、本研修の受講手続き・運営・ご連絡、および佐渡市補助制度の対象確認の目的以外には使用しません。

申込日： 年 月 日 署名： _____

提出先：スピンケア24つむぎ佐渡

〒952-0711 新潟県佐渡市赤泊683-1（郵送・持参・FAXのいずれでも可）

お問い合わせ：株式会社SPIN コンサル事業部 研修担当 TEL 078-939-8225（平日
9:00～17:00）

FAX送付先

0259-58-9391

【事務局記入欄】

受付日

本人確認

要件確認

請求

入金

受付No.