

令和 年 月 日

日 光 市 長 様

日光市内における介護保険事業所等に勤務する希望を有する旨の申立書

私は、以下のとおり、日光市内における介護保険事業所等に勤務する希望を有していることを申し立てます。

記

(ふりがな) 氏 名		生年月日	年 月 日
本人住所 電話番号	〒 TEL		
資格取得後に従事 することを希望す る 職 場 に つ い て	【事業所の所在地】 今市地域・日光地域・藤原地域・足尾地域・栗山地域 【事業所名】 ☐ 介護保険事業所 () ☐ 障がい福祉施設 () ☐ 病院 ()		
現在の職場 に つ い て	【事業所の所在地】 今市地域・日光地域・藤原地域・足尾地域・栗山地域 【事業所名】 ☐ 介護保険事業所 () ☐ 障がい福祉施設 () ☐ 病院 () ☐ その他 () ☐ 無職 【従業期間】 平成・令和 年 月 日 ～ 現在		

*日光市内における介護保険事業所、障がい福祉施設及び病院に勤務する希望を有する方は、介護職員初任者研修講座の受講料が無料となります。ただし、研修の修了証の発行月の翌月から1年以内に当該事業所に6ヵ月以上従事しなかった場合には、受講料（所得に応じた自己負担額）を全額納入いただくことになります。

*当該事業所に6ヵ月以上従事した後、介護保険事業所等在職証明書を提出いただきます。