

社会福祉法人 正吉福祉会
介護職員初任者研修(通信)受講申込書

開講年月日をご記入下さい
 平成 年 月 日

申込日	平成 年 月 日	写真貼り付け 本人単身 胸から上 縦36mm～40mm 横24mm～30mm
フリガナ		
氏名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
住所	〒 (自宅) (携帯)	
緊急連絡先	(続柄)	
勤務先名称		
勤務先(学校)	〒 (携帯)	
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 市民カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 年金手帳	
介護経験	無・有 <input type="checkbox"/> 施設介護 <input type="checkbox"/> 在宅介護 <input type="checkbox"/> 家族の介護 <input type="checkbox"/> その他()	
受講理由	<input type="checkbox"/> 現在の仕事に必要 <input type="checkbox"/> これから福祉の仕事がしたい <input type="checkbox"/> 資格を取得したい <input type="checkbox"/> 家族の介護に役立てたい <input type="checkbox"/> その他()	
介護への就労希望	無・有 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> その他()	

この講座をどのようにしてお知りになりましたか？

広告 ホームページ 職員から聞いた 知人の紹介 その他()

修了証に「氏名」「生年月日」が記載されますので、正確に記入してください

介護職員初任者研修に際して提出して頂いた個人情報については本研修以外には使用いたしません

事務局使用欄

受付No.	受付日	受付者	備考
	年 月 日		