

介護職員初任者研修 申込書

介護職員初任者研修の受講を申し込みます

申込日	令和 5 年 月 日	No	
氏 名	(フリガナ)	生 年 月 日	
		(西暦)	年 月 日 (歳)
住 所	(フリガナ) 〒		
連絡先	(携帯) — —	(自宅) — —	
	(E-mail)	@	
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他() ※ 本人確認として、いずれかを1つをコピーし申し込み用紙と一緒に提出ください。		
ご職業	<input type="checkbox"/> 福祉関係者 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> その他()		
実務経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (施設・在宅 サービスにて 年の経験あり) 現在、就労されている事業所名()		
受講理由	(複数回答可) <input type="checkbox"/> 資格を取得したい <input type="checkbox"/> 仕事に必要なため <input type="checkbox"/> 家族介護に役立てたい <input type="checkbox"/> 福祉の仕事がしたい <input type="checkbox"/> その他()		
受講後の就労希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (施設・在宅 サービス希望) <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> その他()		
通学手段	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩		

※当法人で開催する介護職員初任者研修に際し提出いただいた個人情報とは、厳正に管理し本研修以外に使用しません。

この講座をどのようにしてお知りになりましたか？

<input type="checkbox"/> 会社・職員から聞いた <input type="checkbox"/> ホームページ・SNS <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他()

申し込み締切日 : 令和5年11月26日(日)までにご提出ください。

提出先 : 〒819-0045

福岡市西区拾六町団地2番18号

社会福祉法人 恵徳会

なの国ケアスクール (担当 手嶋)

TEL 092-892-3201 FAX 092-892-3366

事務局使用欄

受付No	受付日	備考	受付者
	令和5年 月 日		