

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 年 月 日	No	
氏名	(フリガナ)	性別	生年月日
		男・女	昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所	(フリガナ)		
	〒		
連絡先	(自宅) - -	(携帯) - -	
	(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 ()		
ご職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 福祉関係者 <input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> その他 ()		
実務の経験	<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)		
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"/> 広告 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 職員から聞いた <input type="checkbox"/> その他 ()
--

申し込み締切日：令和6年6月21日(金)までにご提出ください。

提出先：〒889-1702 宮崎市田野町乙1742番地30

社会福祉法人 善仁会

特別養護老人ホームわかづか荘 (担当 谷川)

TEL 0985-86-1323 FAX 0985-86-4455

事務局使用欄

受付No	受付日	備考	受付者
	令和5年 月 日		