

おかざき福祉社会介護職員初任者研修<通学>

受講申込書

申込日 平成 年 月 日

フリガナ	
氏名	⑩
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
保護者氏名 ※未成年者のみ	⑩

写真貼付
4cm × 3cm

生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)
------	--------------------

フリガナ	
現住所	〒

電話	固定(自宅) 携帯 優先連絡先 <input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 携帯
----	---

健康状態	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり(病名等)
------	---

勤務先	会社名 職種
-----	--------

介護職員等の実務経験(高齢者福祉施設等に365日以上在籍かつ180日以上業務に従事)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(「あり」の場合、実務経験証明書を提出していただきます。)
--	--

本研修に申し込んだ理由	<input type="checkbox"/> 広告を見た <input type="checkbox"/> HPを見た <input type="checkbox"/> 役所等の紹介 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他()
-------------	---

受講料分割払い	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する(2分割。開講までにお支払い下さい。)
---------	---

資格取得後	<input type="checkbox"/> 介護職員として働く上で活かしたい (<input type="checkbox"/> おかざき福祉社会の事業所() <input type="checkbox"/> 他の事業所) <input type="checkbox"/> 家族介護等に技術を活かしたい <input type="checkbox"/> 資格の活用について特に考えていない
-------	--

かみごうの里への交通手段 (複数チェック可)	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他()
---------------------------	--

* 受講申込書に記載された個人情報は、本研修事業実施のために使用・保存します。申込者の承諾なしに、他の目的での使用や提供等は一切いたしません。