

寿光会介護職員初任者研修受講申込書

この欄は記入しないでください。

申込み受付日	年	月	日	担当者
--------	---	---	---	-----

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所	〒 Tel. () -		
連絡先	携帯電話	() -	
	E-mail		
ご職業	<input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> アルバイト・パート <input type="checkbox"/> 福祉施設職員 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> その他 ()		
受講理由	<input type="checkbox"/> 福祉の仕事がしたい <input type="checkbox"/> 資格を取っておきたい <input type="checkbox"/> 将来家族を介護するときに役立てたい <input type="checkbox"/> その他 ()		
福祉・医療に関する職歴	(例) 福祉施設〇〇 和暦〇〇年〇月〇日～ 現在に至る		
本人確認書類	<small>※本人確認のため、どれか1つを申込み時にお持ちください。(郵送の場合はコピーを添付ください。)</small> 運転免許証 健康保険証 パスポート 年金手帳 戸籍謄本、戸籍抄本もしくは住民票 住民基本台帳カード等		
備考	※上記以外で研修事業所に伝えたいことがございましたらご記入ください。		
個人情報	登録していただいた個人情報は、当研修や就職の紹介・求人情報、その他福祉職場への就職に関する情報提供で利用することがあります。		
誓約書 申込書の記載事項は事実と相違ありません。受講の上は、関係者の指示に基づいて行動し、誠意を持って勉学に励みます。 <div style="text-align: center;"> 年 月 日 氏名 _____ 印 </div>			

※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。