

FAXでお申し込みの方

024-521-1368

2025 年度 第 5 回 医療法人五光会 医療介護福祉研修センター
初任者研修受講申込書

フリガナ			性別	男 ・ 女
受講者氏名				
生年月日	(西暦)	年 月 日 生	() 歳	
受講者住所	〒 -			
	連絡先電話番号 ()			
申し込み種別	1. 一般申し込み 2. 法人申し込み			
ご職業	<input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> アルバイト・パート <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 学生(学校名) <input type="checkbox"/> 福祉施設職員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> その他()			
受講動機	<input type="checkbox"/> これから福祉の仕事がしたい <input type="checkbox"/> 現在の仕事に必要な <input type="checkbox"/> 家族介護に役立てたい <input type="checkbox"/> 資格を取得したい <input type="checkbox"/> その他()			
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"/> パスポート <input type="checkbox"/> 学生証 ※申込時にご本人確認としていずれかを提出もしくは郵送(コピー)していただきます			

※介護職員初任者研修に際して提出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。

※修了証に「氏名」「生年月日」が記載されますので、誤字がないように正確にご記入をお願い致します。

△アンケートにご協力ください

この研修講座をどこでお知りになりましたか？

- ☐広告 ☐事業所前の案内 ☐ホームページ ☐知人からの紹介
☐その他()

【連絡先】〒960-8102 福島市北町1-40

医療法人五光会 福島寿光会病院 研修事業部 担当：佐藤栄美

TEL 024-521-1370 Fax 024-521-1368

事務局使用欄

受付No.	受付日	受付者	備考