

平成26年度 社会福祉法人 関西福祉会 介護職員初任者研修 事業指定番号159
受講申込用紙

年 月 日

ふりがな		(写真)
氏名	⑩	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
性別	男 ・ 女	
現住所		
電話番号 連絡先		
E-mailアドレス		
職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職	
受講動機	<p>※受講動機について該当するものにチェックをお願いします。</p> <input type="checkbox"/> 就職に結び付けたい <input type="checkbox"/> 社会貢献(ボランティア) <input type="checkbox"/> 介護の仕事をしているのでそれに活かす為 <input type="checkbox"/> 家族介護に活かしたい <input type="checkbox"/> 介護の資格を取りたい その他、受講への想いなどあれば下記に記入してください ()	
備考		

※ 本人確認を行いますので、本人と確認できるもの(運転免許証・パスポート・健康保険証など)ご持参ください。
 ※ 個人情報について、ご記入頂いた情報は、当研修以外の目的には使用いたしません。

受付日	受付番号

社会福祉法人 関西福祉会