社会福祉法人六郷仙南福祉会 介護職員初任者研修受講申込書

下記のとおり、介護職員初任者研修の受講を申し込みます。　　申込日 ：　　年　　月　　日

フリガナ 氏 名		生年月日	昭和 ・ 平成 年　　月　　日（　　歳）
住 所	〒		
連絡先	電話番号	携帯番号	
現在のお仕事	☐ 学 生　☐ 主 婦　☐ アルバイト　☐ 会社員　☐ 自営業 ☐ 福祉施設職員　☐ 医療関係職員　☐ 求職中 ☐ その他（　　）		
受講理由	☐ 福祉の仕事がしたい　☐ 現在、家族の介護が必要 ☐ 資格を取得しいずれ役立てたい　☐ 将来、家族の介護のため ☐ その他（　　）		
福祉関係職歴	な し　・　あ り　（勤務先:　　年数:　　）		
本人確認書類	運転免許証 ・ 健康保険証 ・ パスポート ・ 戸籍謄本（抄本） ・ 住民票 ※申込時にいずれかの写しをとらせていただきますので、提示してくださいますようお願いします。 なお、郵送の方はいずれかのコピーを同封してください。		
割引制度対象	な し　・　あ り　（生活保護や児童扶養手当の受給世帯の方は割引となります）		

※ご記入後、ロートピア緑泉もしくは仙南へ提出願います。

～　アンケートにご協力ください　～

☆当講座の情報はどこでお知りになりましたか？

☐ ホームページ　☐ 広報紙　☐ 新聞折込　☐ 知人等から聞いて

☆当講座を受講しようと思った一番の理由は何ですか？

☐ 受講料　☐ 講義の時間帯　☐ その他（　　）

介護職員初任者研修に際して提出していただいた個人情報については、本研修以外には使用しません。

【事務局使用欄】

受付No.	受付日	担当者	備 考
	年　　月　　日		