

# 介護職員初任者研修 受講申込書

医療法人 洗心会  
理事長 熊本 孝司 殿

FAX 050-3538-7940

私は、介護職員初任者研修の受講を申込みします。

年 月 日

フリガナ				写真 縦3cm×横2.4cm 程度
氏名			印	
生年月日	昭和・平成	年	月 日生	
年齢	歳	性別	男・女	
現住所	〒 -			
連絡先	自宅:		携帯:	
職業	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
受講理由	<input type="checkbox"/> 資格取得し介護の仕事をしたい ( ) <input type="checkbox"/> 資格を取得し現職に生かしたい <input type="checkbox"/> 家族の介護に生かしたい <input type="checkbox"/> 資格を取り将来に生かした <input type="checkbox"/> その他 ( )			
医療・福祉に関する職歴	有・無( 年 ヶ月程度 施設介護・在宅介護・家族の介護			

※本人確認を行いますので、本人と確認できるもの(免許証・パスポート・健康保険証等)ご持参ください。

※ご記入いただいた個人情報については、当研修以外の目的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、正確に記入してください。

## < アンケートにご協力ください >

★ この講座を何でお知りになりましたか？

- 新聞広告     ハローワーク     ホームページ     ポスター  
 友人・知人     法人職員     その他( )

★ 資格取得後は何か考えておられますか？

- 介護職として就労希望     有し    施設    通所サービス    ヘルパー    その他  
 無し

### 事務局使用欄

本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他( )		
	番号・記号		
受付No	受付日	受付者	備考
	年 月 日		

