

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 宛

FAX 0968-64-2025

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	☐ 介護職員 ☐ 自営業 ☐ パート・アルバイト ☐ 公務員 ☐ 会社員 ☐ 学生 ☐ 求職中 ☐ その他 ()			
受講理由	☐ 資格を取得し介護の仕事をしたい () ☐ 資格を取得し現職に生かしたい ☐ 家族の介護に生かしたい ☐ 資格を取り将来に生かしたい ☐ その他 ()			
介護に関する職歴	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。

※修了証明書に「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 ☐ 有り 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	☐ 運転免許証 ☐ 住民票 ☐ パスポート ☐ 健康保険証 ☐ その他()		
	番号・記号		
受付No	受付日	受付者	備 考
	年 月 日		