平成３０年度　恵泉会介護職員初任者研修受講申込書

社会福祉法人　恵泉会
理事長　千葉　捷郎　殿

私は、恵泉会介護職員初任者研修の受講を申込みます。

※太枠の中をご記入ください。

申込日	年　月　日		写真貼付 本人単身 胸から上 縦36～40㎜ 横24～30㎜
フリガナ		性　別	
氏　名		男・女	
生年月日	昭和 平成　年　月　日（　歳）		
住　所	〒　－　☎（　）　－		
緊急連絡先	日中連絡の取れる番号　携帯・勤務先・その他（　）　☎（　）　－		
職　業	□主婦（主夫）　□公務員　□会社員　□医療関係職員　□福祉関係職員 □自営業　□アルバイト・パート　□学生　□その他（　）		
受講理由	□現在の仕事に必要　□福祉の仕事がしたい　□資格を取得したい □家族を介護するときに役立てたい　□その他（　）		
介護経験	無・有　□施設介護　□在宅介護　□家族の介護　□その他（　）		
本人確認書類	※下記の書類の写しを本申込用紙に添付してください □運転免許証　□住民票　□住民基本台帳カード　□パスポート		
備　考			

※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。

※今回提出いただきました個人情報につきましては、本研修以外の目的では使用いたしません。

〈　アンケートにご協力ください（該当する項目に☑を入れてください）　〉

・この研修を何でお知りになりましたか？
　□ホームページ　□法人職員から聞いた　□知人からの紹介　□その他（　）
・資格取得後の介護職への就職希望はありますか？
　□有（□施設　□デイサービス　□訪問介護　□その他（　））
　□無

※事業者使用欄

受付№	受　付　日	受付担当者	備　　考
	年　月　日		