

2019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 本人单身 胸から上 縦36～40mm 横24～30mm
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	<input type="checkbox"/> 主婦(主夫) <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 医療関係職員 <input type="checkbox"/> 福祉関係職員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> アルバイト・パート <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 ()	
受講理由	<input type="checkbox"/> 現在の仕事に必要 <input type="checkbox"/> 福祉の仕事がしたい <input type="checkbox"/> 資格を取得したい <input type="checkbox"/> 家族を介護するときに役立てたい <input type="checkbox"/> その他 ()	
介護経験	無 ・ 有 <input type="checkbox"/> 施設介護 <input type="checkbox"/> 在宅介護 <input type="checkbox"/> 家族の介護 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 法人職員から聞いた <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> その他 ()
・資格取得後の介護職への就職希望はありますか？ <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 無

※事業者使用欄

受付No.	受 付 日	受付担当者	備 考
	年 月 日		