

【介護職員初任者研修 受講申込書】

※下記項目全てにご記入ください。未記入欄があると受理できません。

FAX:042-539-0782

フリガナ		性別	住所
氏名		男・女	〒
生年月日	S・H 年 月 日(歳)	メール	
電話		緊急連絡先	☎ 続柄:

①ドメイン@fukuyokai.or.jpからのメールが受け取れる様に設定ください。

②事務連絡をする場合がありますので、ご連絡の取れるメールアドレスと電話番号をご記入ください。

日本語で話す・聞く・読む・書くは出来ますか？		資格・免許等	
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ()			
年月	学歴	年月	職歴
現在お仕事はされていますか？			趣味・特技
<input type="checkbox"/> はい (常勤・非常勤) (職業:) <input type="checkbox"/> いいえ			
介護の経験はありますか？			
<input type="checkbox"/> はい (仕事で ・ ご家族等の介護で) <input type="checkbox"/> いいえ			
申込みの動機を教えてください。(複数選択可)			
<input type="checkbox"/> 家族等の介護に役立てたいから <input type="checkbox"/> 知識や技術を身に付けたいから <input type="checkbox"/> 介護職に就いて働きたいと思っているから(希望職種:) <input type="checkbox"/> その他()			
連絡事項等ございましたらご記入ください。			

※当学院では、個人情報厳重に管理し他の目的には使用いたしません。

○申込み受理後、開講日のご案内等の書類を郵送いたしますので、ご確認ください。