

介護職員初任者研修 受講申込書

受付日 令和 年 月 日

コース名	令和 年 月 開講コース	申込み日	令和 年 月 日
ふりがな		生年月日	昭・平 年 月 日生
受講者名		西 暦	西暦 年(必須)
		性 別	男・女 年齢
住 所	〒		
電 話		携帯番号	
F A X		メール アドレス	
勤務先	職業	住所 〒	
		電話	
↑ 企業紹介の方は、勤務先の介護施設名、施設印(もしくは施設長印)をお願いします。			
所持資格	資格名	資格名	実務経験
			年
事前アンケート			
受講目的	<input type="checkbox"/> 介護職へ就職のため <input type="checkbox"/> 職場で勧められた <input type="checkbox"/> 介護に興味があるため <input type="checkbox"/> 家族介護のため <input type="checkbox"/> 資格取得のため <input type="checkbox"/> その他		
介護・福祉の経験	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> その他		
この講座を何で知りましたか？ <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> ちらし <input type="checkbox"/> ライナー <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 知人・友人 <input type="checkbox"/> その他			
受講に関する連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 勤務先	教育訓練給付金 <input type="checkbox"/> する
領収証宛先	<input type="checkbox"/> 本人名	<input type="checkbox"/> 勤務先	分割を希望 <input type="checkbox"/> する
駐車場利用	<input type="checkbox"/> 利用する	<input type="checkbox"/> 利用しない	介護技能習得事業 <input type="checkbox"/> する
事務局記入欄	受付番号	<input type="checkbox"/> 法人・ <input type="checkbox"/> 企業 ・ <input type="checkbox"/> 卒業生 ・ <input type="checkbox"/> 町民 <input type="checkbox"/> 学生 ・ <input type="checkbox"/> 減免	

郵送でのお申し込み先

〒071-1523 東神楽町ひじり野南1条10丁目1番6号 花時計内 大西ケア・アカデミー

お問い合わせは → 直通電話 080-5835-3994 (担当 杉山)