

## 2018年度 社会福祉法人喜楽会 介護職員初任者研修(通学)受講申込書

社会福祉法人喜楽会  
理事長 吉川友子 殿

受付番号
*研修事業者記入

私は、介護職員初任者研修の受講を申し込みます。 平成      年      月      日

希望コース	<input type="checkbox"/> 第3回(土・日曜日コース) 2018年 10月6日～2018年12月22日 <input type="checkbox"/> 第4回(土・日曜日コース) 2019年 1月5日～2019年 3月23日				
フリガナ					
氏名	写真貼り付け  ●本人単身 ●胸から上 ●縦36mm～40mm 横24mm～30mm				
性別				生年月日	
男・女				昭和・平成      年      月      日 (      歳)	
住所				〒	
	TEL (      )      -      (      )      -      (      )				
緊急連絡先	日中に連絡のとれる所	携帯・勤務先・その他(名前      ) Tel(      )      -      (      )			
ご職業	<input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 医療関係職員 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 福祉施設職員 <input type="checkbox"/> アルバイト・パート <input type="checkbox"/> その他 (      )				
受講理由	<input type="checkbox"/> 福祉の仕事がしたい <input type="checkbox"/> その他 (      ) <input type="checkbox"/> 資格を取っておきたい <input type="checkbox"/> 将来家族を介護する時に役立てたい				
福祉・医療に関する職歴	例)特養〇〇ホーム 平成〇〇年〇月〇日～現在に至る				
本人確認書類	*本人確認させていただきますので、どれか1つをコピーし添付し提出してください。				
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本、戸籍抄本もしくは住民票 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード等				
備考	*上記以外で研修事業所に伝えたい事がございましたらご記入ください。				

\*今回提供頂きますデータは個人情報です。この事業以外には使用いたしません。  
\*修了証に「氏名」「生年月日」が記載されますので、正確に記入して下さい。

<アンケートにご協力下さい。該当する□にチェックを入れて下さい。>

・この研修を何でお知りになりましたか？

ポスター                       広告                       インターネット               その他  
 職員から聞いた               ちらし                       施設ホームページ      (      )

・資格取得後は何を考えておられますか？

介護への就労希望

有      →  施設       デイサービス       訪問介護       その他  
 無      (      )