2019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	☐ 第1回（土・日曜日コース）　2019年 4月6日～2019年 6月22日 ☐ 第2回（土・日曜日コース）　2019年 7月6日～2019年 9月28日	
フリガナ		写真貼り付け ●本人単身 ●胸から上 ●縦36mm～40mm 横24mm～30mm
氏名		
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	☐ 主婦　☐ 医療関係職員　☐ 学生 ☐ 会社員　☐ 公務員　☐ 自営業 ☐ 福祉施設職員　☐ アルバイト・パート　☐ その他　（　　）	
受講理由	☐ 福祉の仕事がしたい　☐ その他（　　） ☐ 資格を取っておきたい ☐ 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	*本人確認させて頂きますので、どれか1つをコピーし添付し提出してください。 ☐ 運転免許証　☐ 健康保険証　☐ パスポート　☐ 年金手帳 ☐ 戸籍謄本、戸籍抄本もしくは住民票　☐ 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