

第1期

社会福祉法人敬老園 介護職員初任者研修

受講申込書（一般用）

申込年月日	平成 年 月 日	受付印	受付NO
フリガナ		本人確認証明書類	
氏名		印	
生年月日	昭和 平成 年 月 日	年齢	性別
		才	男・女
住所	〒 _____		
電話番号（携帯）	_____（番地、マンション名等も正確に記入してください） 電話（ _____ ） - 携帯（ _____ ）		
必ず連絡が取れる 連絡先	電話 _____ 携帯（ _____ ）		
勤務先	名称・住所・電話番号		
保有資格・免許 （資格証のコピーを 提出してください）	資格【 _____ 】 免許【 _____ 】 その他【 _____ 】		
介護の経験	1. ある（家庭・病院・施設・その他 _____ ） 2. ない		
社会福祉の ボランティア等	1. ある（病院・施設・その他 _____ ） 2. ない		
志望動機			
受講料	開講式の際に現金一括（60,000円）でお支払をお願いいたします。		

※ 個人情報につきましては、講習の目的以外には使用いたしません