

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	令和 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	〒 _____ (番地、マンション名等も正確に記入してください)		
連絡先	電話： _____	携帯： _____	
勤務先	名称： 住所： 電話：		
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