

申込FAX番号：0985-75-2894

ご不明な点があればお気軽にお電話ください。☎ 0985-36-6464 担当：濱崎

社会福祉法人慶明会 介護福祉士実務者研修 受講申込書

申込日 年 月 日

ふりがな			
氏名			印
生年月日	昭和・平成	年 月 日	(歳)
性別	男性・女性		
現住所	〒		
連絡先	TEL	携帯電話	
	FAX	E-mail	
所有資格	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 (旧ホームヘルパー2級) <input type="checkbox"/> 訪問介護員1級 <input type="checkbox"/> 訪問介護員2級 <input type="checkbox"/> 訪問介護員3級 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修		
職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他		
受講動機	<input type="checkbox"/> 仕事に繋がりたい (<input type="checkbox"/> 就職中 <input type="checkbox"/> 就職先内定済 <input type="checkbox"/> 就職活動中) <input type="checkbox"/> 社会貢献 (ボランティア) <input type="checkbox"/> 家族介護に活かしたい <input type="checkbox"/> その他		
求職状況	<input type="checkbox"/> 面接を希望する <input type="checkbox"/> 面接を希望しない		

ご提供頂きました個人情報は、研修以外の目的には使用致しません。

※ 詳細は当法人ホームページをご覧ください。

社会福祉法人慶明会 実務者研修

検索

弊社記入欄	受講料 /	修了証明書 /
-------	-------	---------