

申込み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 濱崎

社会福祉法人慶明会 介護職員初任者研修 受講申込書

申込日 令和 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
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、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 初任者研修

検索

弊社記入欄	受講料 /	テキスト代 /
-------	-------	---------