

申込FAX番号 : 0985-75-2894

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 平成 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"/> 就職に繋がりたい (<input type="checkbox"/> 現在就職中 <input type="checkbox"/> 就職先内定済) <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。

※カリキュラム等、詳細につきましてはホームページをご覧ください。

<http://www.keimeisw.or.jp>

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