

申込みFAX：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

◆ご希望の方は、下記に必要事項を記入の上、FAXにてご返信ください。

		申込日	年 月 日	
ふりがな				
氏名			性別	男 ・ 女
生年月日	(昭和・平成 年) 西暦 年 月 日 (歳)			
現住所	〒			
TEL	(自宅)	(携帯)		
FAX			E-mail	
職業	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ()			
勤務先				
勤務先 TEL	-	-	勤務先 FAX	-
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。

受講料のお支払方法は銀行振込です。振込先は下記の通りです ※お振込手数料はお客様負担となります。

振込先	
金融機関	宮崎銀行 大工町支店(店番号:090)
口座番号	普通 1 4 2 8 2 3
口座名義	社会福祉法人慶明会 介護初任者研修センター 理事長 沖田 一行
フリガナ	フク) ケイメイカイ カイゴショニンシャケンシュウ リジチョウ オキタ カズユキ
振込名義人と申込者名が異なる場合は、右記にご記入ください。	フリガナ
	支払い期日
	令和2年3月31日(火)まで



研修日程等の詳細は当法人ホームページをご覧ください。

【 <https://www.keimeisw.or.jp/syoninnsya/> 】

社会福祉法人慶明会 初任者研修

