

申込みFAX番号：0985-75-1800

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			コース	7月開講	
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"/> 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 ()				
勤務先	実務経験年数 年				
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				
当研修を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> インターネット検索 <input type="checkbox"/> 当法人ホームページ <input type="checkbox"/> FAX案内 <input type="checkbox"/> 郵送案内 <input type="checkbox"/> ポスター <input type="checkbox"/> 当法人施設 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他 ()				

※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 142823	
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 原田 一道	
フリガナ	フク) ケイメイカイ カイゴシヨニンシャケンシュウセンター リジチョウ ハラダ カズミチ	
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	支払い期限
		開講1週間前



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

