

申込みFAX番号：0985-75-1800

社会福祉法人慶明会 介護福祉士実務者研修  
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
氏名			5月・6月
生年月日	( 昭和・平成 年 ) 西暦 年 月 日 ( 歳 )		性別
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 ( )		
所有資格	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <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		
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		
介護福祉士 国家試験	<input type="checkbox"/> 受験しない <input type="checkbox"/> 受験する(2022年1月に受験予定) <input type="checkbox"/> 受験する(西暦 年1月に受験予定) <input type="checkbox"/> 未定		
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 144605
口座名義	社会福祉法人慶明会 介護実務者研修センター 理事長 原田 一道
フリガナ	フク) ケイメイカイ カイゴジツム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
	各開講日より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/jitumusya/> 】

社会福祉法人慶明会 実務者研修

