

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

◆下記に必要事項を記入の上、FAXにてご返信ください。

ふりがな			申込日	年 月 日
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 ( )			
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(2023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 ( )			

◆ご提供いただきました個人情報は、研修以外の目的には使用いたしません。

◆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)。※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
	令和4年4月8日(金)



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

