

令和元年度 介護職員初任者研修受講申込書

社会福祉法人功有会 研修事業部

申し込み年月日 令和 年 月 日

氏名	フリガナ	性別	生年 月日	S・H 年 月 日()才
	㊦	男・女		
住所	〒			
連絡先 (電話番号)	(自宅・職場)	携帯TEL		
ご職業	<input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> アルバイト・パート <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 福祉施設職員 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()			
福祉・医療に関する職歴	(例：H22年～現在まで デイサービスで勤務)			
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 戸籍謄本・抄本・住民票 <input type="checkbox"/> その他()			
受講理由	<input type="checkbox"/> 資格を取っておきたい <input type="checkbox"/> キャリアアップしたい <input type="checkbox"/> 資格を取って福祉の仕事がしたい <input type="checkbox"/> 家族等の介護に役立てたい <input type="checkbox"/> その他			
備考				

※ 上記必要事項にご記入の上、本人確認書類のコピーを添付して、功有会の各施設までご持参されるか研修事業部まで郵送して下さい。

※ ご記入いただいた個人情報については研修事業以外には使用いたしません。

連絡先

社会福祉法人功有会 研修事業部

[住所] 奈良県大和郡山市美濃庄町 253-1

[電話] 0743-58-2700 (大和園平和) [fax] 0743-84-4570