

平成 30 年 10 月 3 日開講

三多摩福祉会 介護職員初任者研修

受付日	平成 年 月 日
受付No.	

受講申込書

写真添付欄
(3cm×3.5cm)
(写真は受講決定後
にお持ち下さい)

申込日	平成 年 月 日				
氏名	ふりがな	印鑑	男 ・ 女	生年月日	
				昭和 平成 年齢	年 月 日
住所	〒	—	電話 ()	—	—
			FAX ()	—	—
			携帯 ()	—	—
勤務先・所属団体			電話 ()	—	—

以下の項目にお答えください

1 これまでの仕事について

介護実務経験 有 無 () 年間
経験場所 施設介護 在宅介護 その他

上記以外のお仕事について簡単にお書きください

期間	仕事内容
-----	-----
-----	-----
-----	-----

2 実技実習に入っていた際に、配慮を要する点も有りますので、体調についてお知らせください

健康状態

3 受講志望動機についてお書きください

4 何を見て、この講座を知りましたか？ 該当するものにチェックを入れて下さい

広報 求人広告 () にあるポスターを見て ホームページを見て
 知人・家族からの紹介 友の会、健生会のチラシを見て その他