

受付日	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	年 月 日				
氏名	ひりがな	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(介護)以外のお仕事について簡単にお書きください(現在、就業中かどうか)					
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 修了後、介護のお仕事を希望されますか? 又、いつ頃からお考えですか?					
5 資格取得支援事業を活用の方 : 職場体験をした施設名と体験内容をお書きください					
6 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					
<input type="checkbox"/> 市の広報 <input type="checkbox"/> 求人広告 <input type="checkbox"/> ()にあるポスターを見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介 <input type="checkbox"/> 友の会、健生会のチラシを見て <input type="checkbox"/> その他()					