(FAX0986-36-8832)

介護職員初任者研修受講申込書

㈱トータル・ケアサービス

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込日 | 平成　　　年　　　月　　　日 | 受付番号 |  |
| フリガナ |  | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 |  | 男女 | 昭和平成 | 年　　月　　日生 |
| 自宅住所 | 〒 |
| 電話番号 | 電話　　　　　　　　　　携帯　　　　　　　　　　　Fax |
| e-mail: |  |
| 緊急連絡先 | 電話　　　　　　　　　　携帯　　　　　　　　　　　Fax |
| 勤務先又は学校名 |  |
| 介護職歴 | 無有（□在宅介護サービス　　□施設介護　　□その他　　　 　　　　 　） |
| 受講理由 | □現在の仕事で必要　□介護・福祉の仕事がしたい　□資格を取得したい□家族の介護に役立てたい　□その他（　　　　　　　　　　　　　　 　） |
| 介護職への就職希望 | 無有（□訪問介護　□通所介護（ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ）□施設　□その他（　　　　 　　） |
| ご質問お問合せ欄 |  |

＊修了証に氏名・生年月日が記載されますので、正確にご記入ください。

＊介護職員初任者研修に際して提出して頂いた個人情報については、本研修以外には使用致しません。

【弊社使用欄】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 受付者 | 受講通知 | 受講料 | テキスト代 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |