

受講申込書

(通信)

社会福祉法人 函要会 御中

写真
必ず貼り付
け下さい
(縦4cm横3cm)

介護職員初任者研修受講したいので申し込みます。

申込日 平成 年 月 日

受講者名	ふりがな	性別	生年月日	
	⑩	男・女	昭和・平成 西暦() 年 月 日 (歳)	
住所	〒 -		自宅TEL :	
			携帯TEL :	
緊急時連絡先	氏名	続柄	TEL :	
受講料(返納)について 受講申込締切日以降の受講料返還請求には一切応じることができません。 (受講態度が著しく悪く、当法人の判断において受講の停止を命じた場合も同様) ・私は上記内容について説明を受け、これに同意します。 氏名 ⑩				
職業	主婦 ・ 会社員 ・ パート/アルバイト ・ 学生 ・ 介護従事者 自営 ・ 無職 ・ その他 ()			
学習目的	()就職・転職するため ()自分・家族のため(また将来に備えて) ()仕事で資格が必要 ()知識・教養のため ()資格の一つとして取りたかったから ()その他()			
当講座を知ったきっかけ	新聞広告 ・ 配布チラシ ・ インターネット 紹介(紹介者名 :) ・ その他()			
講座終了後 介護業務に 就く予定は ありますか	() ① 現在施設・事業所を探している () ② 既に施設・事業所で介護業務に携わっている () ③ 終了後、施設・事業所に就職予定がある ※ ②・③対象の方は、下記にもご記入お願いいたします (事業所名 : , 就職(予定)日 : 平成 年 月 日)			

上記で知りえた個人情報、当講座管理業務の目的以外で使用いたしません。

受付No 福函要 3001-