

受講申込書

年 月 日

ふりがな			(写真)
氏名			
生年月日	昭和・平成	年 月 日生 (歳)	
性別	男 ・ 女		
現住所	(〒 —)		
電話番号	TEL FAX 携帯		
E-mailアドレス			
職業	☐ 会社員 ☐ 自営業 ☐ その他 ☐ 介護職員 ☐ パート・アルバイト () ☐ 学生 ☐ 無職 ()		
保護者署名	18歳未満の方は、必ず保護者の自筆サインと捺印をお願いします (印)		
受講動機	* 受講動機について該当するものにチェックをお願いします ☐ 就職に結び付けたい ☐ 介護に仕事をしているので仕事に生かしたい ☐ 介護の資格をとりたい ☐ 社会貢献(ボランティア) ☐ 家族介護に生かしたい ☐ その他 受講動機を具体的ご記入ください		
備考			

※ 本人確認を行いますので、本人と確認できるもの(運転免許証、パスポート、健康保険証など)ご持参下さい。

※ 個人情報について、ご記入いただいた個人情報は、当研修以外の目的には使用いたしません。

受付日	
受付番号	

社会福祉法人 虹の会