

**医療法人 長野寿光会**  
**介護職員初任者研修講座 受講申込書**

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

私は、介護職員初任者研修の受講を申し込みます。

フリガナ		性別		
氏名		男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳)
住所	〒 _____ <div style="text-align: right;">☎(自宅)    -    - ☎(携帯)    -    -</div>			
緊急連絡先	氏名	続柄	住所	
			☎ _____ - _____	
ご職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 福祉施設職員 <input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> 公務員		<input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> アルバイト・パート <input type="checkbox"/> 学生 (学校名: _____) <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
勤務先名 (学校名)				
勤務先住所 (学校住所)	〒 _____ <div style="text-align: right;">☎ _____ - _____</div>			
受講動機	<input type="checkbox"/> これから福祉の仕事がしたい <input type="checkbox"/> 現在の仕事に必要 <input type="checkbox"/> 資格を取得したい <input type="checkbox"/> 家族の介護に役立てたい <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )			
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 学生証 <small>※ 申込時にご本人確認としていずれかのコピーを提出もしくは郵送していただきます。</small>			
※求職中の方 修了証取得後の 就職希望	有・無	<small>※有に○を付けた方にお聞きます。取得後に希望される就業場所はどこですか？</small> <input type="checkbox"/> 福祉施設 <input type="checkbox"/> 在宅介護 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		

※ 介護職員初任者研修に際して提出していただいた個人情報については本研修以外には使用いたしません。

※ 修了証に「氏名」「生年月日」が記載されますので、誤字がないように正確に記載してください。

☆アンケートにご協力ください。該当する□にチェックを入れてください。

1. この講座を何でお知りになりましたか？

- 広告       折り込みチラシ       インターネット       知人からの紹介  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

事務局使用欄

受付No.	受付日	受付者	備考

お問合せ・FAX番号

☎ 026-275-1581

長野寿光会介護職員研修講座

Fax 026-276-6179