

社会福祉法人 神戸福生会  
介護職員養成講座（通学／6か月）  
令和3年10月開講分 受講申込書

社会福祉法人 神戸福生会  
理事長 大和田 理紗 殿

令和 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				証明写真 縦 4cm 横 3cm 単身胸から上 直近3カ月以内 撮影のもの
氏名	Ⓜ			
生年月日	昭和・平成 年（西暦 年）	月	日生（ 歳）	
性別	男 ・ 女			
現住所	〒 - - )			
電話	自宅電話	- -	携帯電話	- -
緊急連絡先	- - ( )			
E-mail	@			
保護者署名	※未成年の方は必ず保護者の方の署名・捺印をお願いいたします。 Ⓜ (続柄)			
職業	<input type="checkbox"/> 介護職 (経験 年 ヶ月) <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> アルバイト・パート <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
健康状態	<input type="checkbox"/> 良好（受講に支障なし） <input type="checkbox"/> その他 ( )			

※ 本人確認を行いますので、本人と確認できるものを（運転免許証・健康保険証など）をご持参ください。郵送される方はコピーを添付してください。

※ 記載していただいた事項は本講座に関する以外には使用いたしません。

アンケートにご協力ください

・この講座を何でお知りになりましたか
当法人を選んだ理由
資格取得を希望する理由
資格取得後について 介護の仕事に就くことについて <input type="checkbox"/> 希望有 → <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 希望無

ありがとうございました。

事務局記載欄

受付日		受付者		本人確認書類		備考	
-----	--	-----	--	--------	--	----	--