社会福祉法人 神戸福生会 令和7年10月期 介護職員養成講座(通学/6か月) 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 氏 名 (EII) 縦 4cm 昭和•平成 年(西暦 牛年月日 年) 月 日生(歳) 横 3cm 単身胸から上 性別 男 女 <u>(</u> = 直近3カ月以内 現住所 撮影のもの 電話 自宅電話 携帯電話 緊急連絡先 (E-mail (a) ※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。 保護者署名 (続柄) (経験 年 ヶ月) □ 会社員 □ 介護職 □ アルバイト・パート □ 学生 □ 自営 □ 無職 職業 □ その他 () 健康状態 □ 良好(受講に支障なし) □ 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こと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をについて □ 希望有 → □ 施設 口訪問介護 □通所 □病院 □ その他() □ 希望無 ありがとうございました。 事務局記載欄 本人確認 受付日 受付者 備考 書類