

受講申込書

記入日 年 月 日

医療法人社団いずみ会
理事長 遠藤 昭 殿

貴法人の研修期間が実施する「介護職員初任者研修」の受講を申し込み致します。

【研修期間：令和5年10月2日～12月6日】

フリガナ		性別		昭和	年	月	日生
氏名	印	男・女	生年月日	平成			（歳）
住所	〒 -						
電話	（ ）		緊急時連絡先	（ ）			
ご職業	<input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> アルバイト・パート <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
勤務先（学校）							
受講理由	<input type="checkbox"/> 資格を取得し介護の仕事をしたい （施設系サービス・通所系サービス・訪問系サービス・その他： ） <input type="checkbox"/> 資格を取得し現職に活かしたい <input type="checkbox"/> 資格を取得し将来に活かしたい <input type="checkbox"/> 家族の介護に活かしたい <input type="checkbox"/> その他（ ）						
通学方法	自動車・バイク・自転車・公共交通機関・徒歩 自動車に通学の場合 車種： ナンバー：						
介護に関する職歴	有・無（ 年 ヲ月）		施設・事業所名（ ）				
この講座をどこ でお知りになり ましたか？	<input type="checkbox"/> 募集チラシ <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 法人職員 <input type="checkbox"/> 知人・友人の紹介 <input type="checkbox"/> その他（ ）						

※開講日に本人確認を行いますので、本人と確認できるものをご持参ください。

（免許証・健康保険証など）

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

※修了証明書に「氏名」「生年月日」を記載いたしますので、正確にご記入ください。