

介護職員初任者研修受講申込書

		申込日	年 月 日	
ふりがな		生 年 月 日		
氏名		昭和 平成 年 月 日 (歳)		
住所		〒 — —		性別 男 ・ 女
電話番号		(自宅 ・ 携帯) ←どちらかに○をお願いします。	緊急連絡先	(氏名) (続柄)
メールアドレス		@		
在職状況		<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 在職中 (<input type="checkbox"/> 福祉業界 <input type="checkbox"/> 福祉業界以外) <input type="checkbox"/> 専業主婦 <input type="checkbox"/> 学生		
本人確認		<input type="checkbox"/> 戸籍謄本、戸籍抄本または住民票 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 在留カード等 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 運転免許以外の国家資格の免許証または登録証		
介護経験		無 ・ 有【 <input type="checkbox"/> 施設介護 <input type="checkbox"/> 在宅介護 <input type="checkbox"/> 家族の介護 <input type="checkbox"/> その他 ()】		
通学手段		<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> その他 ()		

- 受付定員(14名)に達した時点で受け付けを修了いたします。 ※ 申し込みは先着順となります。
- 受講料は、申し込み後にお支払いください(申し込み後に、こちらより振り込み先をご連絡いたします。受講料のお支払いが確認でき次第、申し込み手続きが完了となります。)
- 筆記用具・昼食・内履きは、各自でご用意ください。
- 当法人は、個人情報保護のため提出された関係書類を、他の目的に使用することはいたしません。

↓↓ お手数ですが、上記を全てご記入の上、下記の方法でご提出ください。↓↓

申込締切

10月12日(水)

※ 当日消印有効

FAX: 079-231-5266

郵 送: 〒672-8045

兵庫県姫路市飾磨区中野田1丁目21番地

有限会社 ジャポネックス 窪園(くぼぞの) 苑

スタッフ同時募集中
研修中も介護補助として
就業可能!!

※ 詳しくはお問合せください。 ☎ 0120-4165-29

