

社会福祉法人ハートフルケアたてしな

## 介護職員初任者研修

通学制 受講申込書

申込年月日	平成 年 月 日	受付
フリガナ		NO.
氏名		印
年齢	歳	性別 男 ・ 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 生	
住所	〒	
連絡先	電話番号	携帯番号
必ず連絡が 取れる連絡先 (未成年の方は保護者名)	氏名	
	電話番号	携帯番号
勤務先 通学先		
保有資格・免許	ホームヘルパー3級 ・ 看護師 ・ 保健師 ・ 普通自動車免許 その他_____	
介護の経験	ある (家庭・病院・施設・その他)    ない	
社会福祉の ボランティア等	ある (家庭・病院・施設・その他)    ない	
志望動機		

※個人の情報につきましては、介護職員初任者研修の目的以外に一切使用いたしません。

### 他 注意事項

- ・本人確認書類と、(資格をお持ちの方は)資格証のコピーを提出して下さい。
- ・受講料の納入につきましては、開校日初日にご持参下さい。