



Fax:011-770-5565

介護職員初任者研修担当 野村 行

【 申 込 み 書 】

・下記のとおり、申込み致します。

記入日 平成 年 月 日

フリガナ 氏 名		性別	男 ・ 女
生年月日	昭和・平成	年 月 日 生	(満 歳)
住 所	〒 —		
電話番号	(自宅)	(携帯電話)	
通学手段	(該当箇所全てに○印を記入下さい) ・地下鉄 ・バス ・自転車 ・二輪車 ・徒歩 ・マイカー希望 ・その他 ()		
福祉関連経験	(該当箇所全てに○印を記入下さい) ・福祉施設や事業所での勤務経験あり ・ボランティア活動の経験あり ・町内や地域組織での福祉的活動経験あり ・特になし ・その他 ()		
入学時の状況	・会社員 (正社員・非正社員・派遣社員) ・その他の就業 (自営業等) ・学生 ・求職中 ・その他 (主婦・無職 等)		
就職支援の希望	私は就職支援を 希望します 希望しません		
受講の動機	(ご自由に記載下さい)		
備 考	(特記事項があれば記入願います)		