

介護員初任者研修受講申込書

年 月 日

社会福祉法人 京都福祉サービス協会
人材・研修センター 宛

私は、貴法人の実施する介護員初任者研修（平成31年度）について、次のとおり申し込みます。

ふりがな				顔写真貼付 縦 4cm × 横 3cm
名前				
生年月日	昭和 平成	年 月 日 (才)	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
現住所	〒			
電話番号	自宅：	ファックス：	携帯：	
メールアドレス	(「kyoto-fukushi.org」のドメインを指定受信設定してください)			
緊急連絡先	連絡先氏名：	続柄 ()	電話番号：	
保護者氏名	*18歳未満の方は、必ず保護者の方の署名・捺印をお願い致します。 <div style="text-align: right;">印</div>			
志望動機	○研修を受けようと思われた理由をお聞かせください。			
介護経験の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
保有資格				
修了後の見込	<input type="checkbox"/> 協会のヘルパーとして就職希望 <input type="checkbox"/> その他施設等での就職希望 <input type="checkbox"/> 就職の予定なし			
応募のきっかけ	<input type="checkbox"/> 市民しんぶん <input type="checkbox"/> リビング京都 <input type="checkbox"/> 産経新聞 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 資料請求サイト <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他 ()			
当センターを選ばれた理由	<input type="checkbox"/> 事業規模(実績) <input type="checkbox"/> 知名度 <input type="checkbox"/> 研修内容 <input type="checkbox"/> 割引制度 <input type="checkbox"/> 受講料免除制度 <input type="checkbox"/> 受講料返還制度 <input type="checkbox"/> その他 ()			

※この申込書にご記入いただいた個人情報、当研修の実施運営およびその他研修のご案内以外の目的では一切使用いたしません。(その他研修のご案内を希望されない場合は右記にチェックをお願いします。 希望しない)。

※名前はご記入されたとおり修了証に記載しますので、住民票等に記載されているとおりご記入ください。