

京都市支え合い型ヘルプサービス従事者養成研修受講申込書

年 月 日

社会福祉法人 京都福祉サービス協会 宛て

私は、貴会の実施する京都市支え合い型ヘルプサービス従事者養成研修について、次のとおり申し込みます。

ふりがな			
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：	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。 		
志望動機	○研修を受けてみようと思われたきっかけ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			
修了後の予定	<input type="checkbox"/> 当協会での就労を希望 <input type="checkbox"/> 他の事業所で就労を希望 <input type="checkbox"/> 未定、または就労の予定なし		
応募のきっかけ	<input type="checkbox"/> 市民しんぶん <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 当法人ホームページ <input type="checkbox"/> 折り込みチラシ (ウーマンライフ) <input type="checkbox"/> その他 ()		
当法人を選ばれた由	<input type="checkbox"/> 事業実績 (内容) <input type="checkbox"/> 知名度 <input type="checkbox"/> 研修内容 <input type="checkbox"/> その他 ()		

※この申込書にご記入いただいた個人情報は、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)。

※お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にご記入ください。