

介護に関する入門的研修 受講申込書

株式会社シニアスタイル行 FAX:06-6424-2512

私は、上記研修の受講を申し込みします。

希望コース	<input type="checkbox"/> 豊岡市 11/2(土) 11/9(土) 11/16(土) ※3日間セット(1日のみでも可)		
フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名	(歳)	生年月日	S・H 年 月 日
住所	〒 -		
連絡先	自宅：	携帯：	
メール			
職業	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 学 生 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> その他()		
受講理由 ※任意	<input type="checkbox"/> 資格を取得して介護の仕事がしたい <input type="checkbox"/> 資格を取得し現職に活かしたい <input type="checkbox"/> 家族の介護に活かしたい <input type="checkbox"/> 資格を取得し将来に活かしたい <input type="checkbox"/> その他()		
介護に関する職歴・経験 ※任意	あり・なし (年 カ月程度) 介護施設・在宅介護・家族の介護		

※先着20名様となっております。

受付された方には「受講決定通知」を送付いたします。受講初日に決定通知をご持参ください。

※ご記入いただいた個人情報については、当研修以外の目的には使用いたしません

【アンケートにご協力ください】

●この講座を何でお知りになりましたか？

- 新聞広告 ハローワーク ホームページ ポスター
 友人・知人 法人職員 その他()

●資格取得後は何か考えておられますか？

- 介護職として就労希望 あり → 施設 通所サービス ヘルパー その他
 なし

受付No.	受付者	受付日	備考
		年 月 日	