

平成 年 月 コース 介護職員実務者研修講座申込書 申込日 平成 年 月 日

ふりがな 氏 名	男 印 ／ 女	生年月日 ( 歳) 昭和/平成 年 月 日
連絡先	〒	
	携帯電話 mail (事務局より連絡の際に使用しますので、記入お願いします。)	
	自宅電話 ( )	携帯電話
職 業	<input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学 生 <input type="checkbox"/> 無 職 <input type="checkbox"/> 会社員 (勤務先 ) <input type="checkbox"/> 常陽会職員 (記入例：特別養護老人ホームソフィア輝など、正式名称で) (施設名 )	
免除科目	<input type="checkbox"/> ヘルパー1級修了者 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級修了者 <input type="checkbox"/> 初任者研修講座修了者 <input type="checkbox"/> 基礎研修修了者 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修修了者 ※申込時、修了証のコピーを添付ください。	
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※申込時、本人確認書類のコピーを添付ください。	
受講目的	<input type="checkbox"/> 介護福祉士国家試験受験のため <input type="checkbox"/> スキルアップのため <input type="checkbox"/> 資格取得後、就職を希望 <input type="checkbox"/> 家庭介護に活かすため <input type="checkbox"/> その他 ( )	
通学方法	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※自家用車で通学される方は、下記へご記入ください。 車 種 ( ) 車両No. ( ) ※新潟〇〇ま〇〇〇〇	
受講のきっかけ	<input type="checkbox"/> 新聞広告 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 法人研修として <input type="checkbox"/> その他 ( )	

<申込み方法> 申込書・本人確認書類を下記住所へ郵送またはご持参ください。

社会福祉法人常陽会 講座担当：古泉・深石（月曜～金曜、9:00～17:00）

〒950-0107 新潟市江南区三百地 2312 番地 3 Tel 025-278-5800 FAX 025-278-5231

※法人ホームページからも申込みできます。 <http://www.jyouyoukai.or.jp>

常陽会

検索