

申 込 票

記入日 2017年 月 日

フリガナ 氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日 (西暦 年)
		性別	男・女
住所	(〒 -)		
電話番号		FAX番号	
携帯番号		職業	

①受講を希望された動機についてお書き下さい。

②現在まで、福祉に関する活動経験があればお書き下さい。

③修了後、具体的にどのような活動及び仕事に就きたいかお書き下さい。

④現在お持ちの資格があれば、該当する番号を丸印で囲んでください。

1、訪問介護員2級養成研修課程修了 2、介護職員初任者研修課程修了 3、介護福祉士 4、同行援護

上記に該当する資格を現在お持ちの方は、終了年月日と研修実施機関をご記入ください。(欄が不足する場合は裏面をご使用ください)

資格番号	終了年月日	研修実施機関

実習については原則6時間以上のサービスとなります(場合によって短くなる事もあります) 実習可能の日に○印、実習不可の日に×印をお願いします。(※ご記入頂いた日の中から事務局にて実習日時、場所を決めさせていただきます)

9月～10月(実習期間は9/22～10/5)

日	月	火	水	木	金	土
					9/22	23
24	25	26	27	28	29	30
10/1	2	3	4	5	10/6閉講式	