

受講申込書

写真
必ず貼り付
け下さい
(縦4cm横3cm)

社会福祉法人 春風会 御中

介護職員初任者研修受講したいので申し込みます。

受講者名	ふりがな		性 別	生 年 月 日	
			男 ・ 女	昭和 ・ 平成	
				年 月 日 (歳)	
住 所	〒 ー			自宅TEL :	
				携帯TEL :	
緊急時連絡先	氏名		続柄		TEL :
<p>受講料(返納)について</p> <p>受講開始後の受講料返還請求には一切応じることができません。</p> <p>(受講態度が著しく悪く、当法人の判断において受講の停止を命じた場合も同様)</p> <p>・私は上記内容について説明を受け、これに同意します。</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p>					
職 業	・ 主婦 ・ 会社員 ・ パート／アルバイト ・ 学生 ・ 介護従事者 ・ 自営 ・ 無職 ・ その他()				
受講目的	・ 資格取得 ・ 就職 ・ 転職 ・ 仕事上 ・ 教養 ・ その他()				
当講座を知ったきっかけ	・ 新聞 広告 ・ 配布チラシ ・ インターネット HP ・ 紹介 (紹介者名:) ・ その他()				
講座修了後 介護業務に 就く予定は ありますか	①現在施設・事業所を探している ②既に施設・事業所で介護業務に携わっている ③修了後、施設・事業所に就職予定がある ※ ②・③対象の方は、下記にもご記入お願いいたします。 (事業所名: 就職(予定)日: 令和 年 月 日)				

上記で知りえた個人情報、当講座管理業務の目的以外で使用いたしません。