

2018年度 労福協主催

介護職員初任者研修 受講申込書

申込み締切日 5月11日(金) 必着 <郵送・FAX・メール>

お 名 前	フリガナ
	氏 名
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生(満 才)
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
現 住 所	〒 -
昼間のご連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 () <input type="checkbox"/> 携帯
ご 職 業	<input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 福祉施設職員 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他()
勤 務 先	会 社 名 電話番号 ()
講座を知ったルート	<input type="checkbox"/> 募集チラシ <input type="checkbox"/> ホームページ(労福協・佐賀県・佐賀市) <input type="checkbox"/> 機関紙(さが労働者福祉) <input type="checkbox"/> 雑 誌 () <input type="checkbox"/> ご紹介() <input type="checkbox"/> その他()

■選考の際の参考にしますので、必ずご記入下さい。

受講希望の動機

受講の動機を下記の(ア)～(キ)より優先順にお書き下さい。

1. 2. 3. 4.

- | | |
|-------------------|--------------------|
| (ア) 現在業務上で受講が必要 | (オ) 介護の勉強がしたい |
| (イ) 現在身内の介護に必要 | (カ) ボランティア活動に活かしたい |
| (ウ) 将来身内の介護に役立てたい | (キ) その他() |
| (エ) 就職・転職のため | |

受講動機(必須)

*尚、受講申込書に記載されている個人情報につきましては選考に関する以外の目的には利用致しません。
<お問い合わせ・お申し込み先>

一般社団法人 佐賀県労働者福祉協議会

ライフサポートセンターさが

〒840-0804 佐賀市神野東四丁目7-3

TEL:0952-32-1530 FAX:0952-32-1224

E-mail:rofuku.kaigo-saga@xsj.biglobe.ne.jp