|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| お 名 前 | フリガナ | 性　　　別 |
| 氏　　名 | ☑をご記入ください。  □男　　　□女 |
| 生年月日 | 西暦　　　　 年　　　　 月　　　　 日生（**満** 　　　　才） | |
| ご 住 所 | 〒　　　　－ | |
| 住民票登録住所 | 〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　＜現住所と異なる場合はご記入ください＞ | |
| 日中の連絡先 | **携帯** －　　　　　－　　　　　**自宅**　 （　 ） | |
| ご 職 業 | ☑をご記入ください。  □公務員　　□会社員　　□福祉関連職員･ﾊﾟｰﾄ･ｱﾙﾊﾞｲﾄ　　□自営業  □パート・アルバイト　　□無職　　□その他（　　　　　　　　　） | |
| 勤 務 先 | 勤務先名  電話番号　　　　　　（　　　　　　） | |
| 講座の  認知ルート | ☑をご記入ください。  □募集チラシ　　□ホ－ムペ－ジ（佐賀県労福協・佐賀県）  □機関紙　　　 □ご紹介（　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | |
| ●**受講動機**＜必ずご記入ください＞        **●受講動機を下記の(ア)～(キ)より優先順にお書き下さい。**  **１．**　　　　　　　　　**２．**　　　　　　　　　**３．**  (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  **●援助や配慮を必要とされる方は、ご要望をご記入ください。**＜障がいに関わる内容など＞ | | |

＊受講申込書に記載されている個人情報は選考に関する以外の目的には利用致しません。

【お申込み先】一般社団法人 佐賀県労働者福祉協議会

〒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

【受付け方法】郵送・ＦＡＸ・電子メールにて受付けます。

**申込み締切日 7月１３日（水）必着**

**※裏面の同意書を必ずご確認くださいますようお願いいたします。**