

佐賀県労福協主催 第27回介護職員初任者研修 受講申込書

お名前	フリガナ	性 別
	氏 名	<input checked="" type="checkbox"/> をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 福祉関連職員・パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ()	
勤務先	勤務先名 電話番号 ()	
講座の 認知ルート	<input checked="" type="checkbox"/> をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 募集チラシ <input type="checkbox"/> ホームページ（佐賀県労福協・佐賀県） <input type="checkbox"/> 機関紙 <input type="checkbox"/> 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せよう願ひいたします。