

【介護職員初任者研修 受講申込書】

※下記項目全てにご記入ください。

FAX: 06-4701-9566

フリガナ				住所	
氏名				〒	
生年月日	S・H	年	月	日 (歳)	メール
電話				緊急連絡先	続柄:
①ドメイン@kouzenkai.or.jpからのメールが受け取れる様に設定ください。					
②事務連絡をする場合がありますので、ご連絡の取れるメールアドレスと電話番号をご記入ください。					
日本語で話す・聞く・読む・書くはできますか？				資格・免許等	
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ()					
現在お仕事はされていますか？					
<input type="checkbox"/> はい (常勤・非常勤) (職業:) <input type="checkbox"/> いいえ					
介護の経験はありますか？					
<input type="checkbox"/> はい (仕事で・ご家族等の介護で) <input type="checkbox"/> いいえ					
申し込みの動機を教えてください。(複数選択可)					
<input type="checkbox"/> 家族等の介護に役立てたいから <input type="checkbox"/> 知識や技術を身につけたいから <input type="checkbox"/> 介護職に就いて働きたいと思っているから (希望職種:) <input type="checkbox"/> その他					
連絡事項等ございましたらご記入ください。					

※当アカデミーでは、個人情報を厳重に管理し他の目的には使用しません。