

受付番号:

ほほえみ介護塾（介護職員初任者研修） 受講申込書

ふりがな		生年月日	
氏名		昭和 平成 年 月 日 (満 歳)	男 女
住所 〒			
連絡先	自宅電話	TEL	
		FAX	
	携帯電話		
	メールアドレス		
自宅から研修会場への移動手段(○印) ・バイク ・自転車 ・徒歩(公共交通機関)			
介護職への就労経験・介護経験・ボランティア経験等の有無(○印) 有 無 * 有の場合、具体的内容 ()			
資格取得後の進路について(○印) ・ すぐ働きたい ・ いずれは働きたい ・ 働くつもりはない ・ その他()			
現在(○印) ・ 正社員 ・ パート、アルバイト ・ 求職中 ・ 学生 ・ 専業主婦 ・ その他()			
受講を希望したきっかけ、資格をどのように活用したいか、目標等あれば記入して下さい。			
この講座を何でお知りになりましたか？ ・ 広報誌 ・ 新聞折込 ・ ポスター、チラシ ・ ホームページ ・ 知人の紹介 ・ その他()			
一般財団法人宇治市福祉サービス公社職員の紹介による割引制度を利用される方は、必ず下記をご記入ください。記入がない場合は割引制度の適用になりません。 職員氏名【 】 所属事業所【中宇治・東宇治・西小倉・広野】			