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 昭和 平成　年　月　日 （満　歳）	男 女
氏　名			

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（〇印）
・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（〇印）
有　無
＊有の場合、具体的内容
（　）

資格取得後の進路について（〇印）
・ 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（〇印）
・ 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られましたか？
・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】