

令和元年度 伊勢原市社会福祉協議会介護職員初任者研修通学課程

受講申込書

令和元年 月 日

氏名	ふりがな	生年月日	S	年	月	日
	男 女		H	(	歳)	
住所	〒					
連絡先	電話番号	日中の連絡先				
	携帯電話					
	Eメールアドレス					
緊急時連絡先	ふりがな	電話番号	続柄			
	氏名					
お持ち頂いた 身分証明書	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ( )					
現在の就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している   職種 ( )					
就労意欲	<input type="checkbox"/> 研修修了後直ちに就職したい <input type="checkbox"/> 就職先が決まっている <input type="checkbox"/> 既に施設・事業所で介護業務に携わっている ※就職予定、介護業務に携わっている方は、差し支えなければ下記にご記入願います。 (事業所名： ) <input type="checkbox"/> しばらく就職は希望しない ( 年 月頃予定) <input type="checkbox"/> 就職は希望しない					
受講の動機						
在宅での介護 経験	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 現在介護中 ( ) <input type="checkbox"/> 以前介護をしていた ( ) ※差し支えなければ ( ) 内に誰を介護されていたかご記入願います。 <input type="checkbox"/> 無					

※上記内容で知り得た個人情報は、当研修管理業務の目的以外で使用しません。

事務所記入欄
--------

