

年 月 日

松寿苑介護職員初任者研修(通信)
受講申込書

写真貼付
(3×2.4cm)

フリガナ			
氏名			
生年月日	性別	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)	男・女
住所		〒 -	
TEL	自宅 携帯番号	() -	
メールアドレス			
FAX		() -	
緊急連絡先電話番号		() - 氏名 () 続柄 ()	
勤務先			
通学方法		<input type="checkbox"/> 車(自分で運転・家族の送迎) <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他 ()	
この講座を何でお知りになりましたか?		<input type="checkbox"/> 広告(広告名:) <input type="checkbox"/> インターネット・ホームページ <input type="checkbox"/> 紹介(紹介者氏名:) <input type="checkbox"/> その他 ()	
現在お仕事をされていますか?		<input type="checkbox"/> はい(正社員・パート・アルバイト) <input type="checkbox"/> いいえ	
介護の仕事の経験はありますか?		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 現在介護の仕事をしている	
資格取得後、介護施設で働くことが決まっていますか?		<input type="checkbox"/> 決まっている <input type="checkbox"/> 決まっていない (介護の仕事に就きたい・介護の仕事をする予定はない) <input type="checkbox"/> すでに働いている <input type="checkbox"/> その他 ()	
今回受講を希望された理由について、ご自由にお書き下さい。			