

平成29年度 第2回川崎地区 かながわ介護職員初任者研修 受講申込書

フリガナ		性別
氏名		男・女
生年月日	(西暦) 昭和 年 月 日	()歳
住所	(〒 -) 自宅Tel - - 携帯Tel - -	
志望動機		
実務経験	<input type="checkbox"/> 有(年間) <input type="checkbox"/> 無 経験場所→施設介護・在宅介護・家族の介護・その他()	
修了後の就業意向について	<input type="checkbox"/> 就業を希望する <input type="checkbox"/> ボランティア <input type="checkbox"/> 就業を希望しない	
就職希望時期	<input type="checkbox"/> 研修修了後すぐ <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃	

面接希望日を下記から選択し、番号をご記入ください。(必ず第3希望までお選びください) 面接会場:ウイリング

①11/7(火) 13:30～14:45 ②11/7(火) 14:30～15:45 ③11/7(火) 15:30～16:45 ④11/9(木) 13:30～14:45

⑤11/9(木) 14:30～15:45 ⑥11/9(木) 15:30～16:45

第1希望		第2希望		第3希望	
------	--	------	--	------	--

今回の講座をどのようにお知りになりましたか?

ホームページ 新聞折り込み 広報よこはま タウンニュース 知人・家族からの紹介
その他 ()

- ◆ 本申込書に記載された事項につきましては、個人情報保護等の規定に則り、適切な管理を行い、本研修実施に関する業務以外に使用いたしません。
- ◆ 申込書の内容について問い合わせをすることがあります。
- ◆ 申込書に記載された「氏名」「生年月日」をもとに修了証書を作成しますので、楷書ではっきりとご記入下さい。
- ◆ 必須講義・演習(日程表★印の部分)の全てを修了する必要があります。