

潜在介護職員再就職支援研修会 受講申込書

【申込締切：1月17日(月)先着順】

ふりがな	
受講希望者 氏名	(男・女) (年齢 才)
住所	〒 —
電話番号	— — ※日中、連絡のとれる番号を記載願います。
FAX 番号	— —
過去の介護勤務経験	有 無
介護勤務経験のある方はご記入をお願いします。	・経験年数 (年 ヶ月) ・経験なし 勤務経験のある事業所種別 (○を記入してください) 特養 老健 ディサービス 訪問介護 その他 ()
介護関係所有資格 (いずれかに○を記入してください)	介護福祉士 介護職員初任者研修 (旧ホームヘルパー養成研修2級課程) その他の資格 () 資格なし
手話通訳・要約筆記・保育ルームが必要な方は○で 囲んでください。【申込締切 4年1月7日(金)】	手話通訳 要約筆記 保育ルーム

託児希望児童氏名



(氏名) (年齢 歳)

(氏名) (年齢 歳)

(氏名) (年齢 歳)