

平成 29 年度 介護職員実務者研修通信課程 受講申込書

株式会社ひまわりの会宛

私は株式会社ひまわりの会 ぽればれの学校 平成 29 年度介護職員実務者研修通信課程を申込みます。
尚、受講に際しては規則を遵守します。

平成 29 年 月 日

受講申込者氏名

印

| | | | | | |
|--|---|---|---------|----|---|
| 受講申込者氏名 | フリガナ | | 性別 男・女 | | |
| | | | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 年齢 | 才 |
| 自宅住所 | 〒 | | | | |
| 電話番号 | | | 緊急連絡先 | | |
| 携帯番号 | | | メールアドレス | | |
| 職業 | | | | | |
| 勤務先 | | | | | |
| 勤務先所在地 | 〒 | | | | |
| 勤務先電話番号 | | | | | |
| 保有資格 | <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー3級 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修 <input type="checkbox"/> 該当なし | | | | |
| <p>*当講座の募集を何でお知りになりましたか？</p> <p>*当講座を選ばれた理由を教えてください。</p> <p>*講座修了後の進路を教えてください。</p> <p>1.介護福祉士受験 2.サービス提供責任者 3.勉強の為 4.転職の為 5.特になし</p> | | | | | |

送付先 株式会社ひまわりの会 ぽればれの学校 担当：藤原

(郵送の場合) 〒631-0004 奈良市登美ヶ丘 4-8-3

(FAX の場合) FAX 0742-43-3343