

医療法人 北光会 医療福祉アカデミー
介護職員初任者研修講座 受講申込書

令和 年 月 日

私は、介護職員初任者研修の受講を申し込みします。

コース	※ ご希望する受講コースにチェックを付けてください。 □令和6年11月開校 □令和7年11月開校		
フリガナ	性別	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
氏名	男・女		
住所	〒 ☎ (自宅) - - ☎ (携帯) - -		
緊急連絡先	氏名	続柄	☎ - -
ご職業	<input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 福祉施設職員 <input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> 公務員		<input type="checkbox"/> アルバイト・パート <input type="checkbox"/> 学生 (学校名:) <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> その他 ()
勤務先名 又は 学校名			
勤務先 (学校)	〒 ☎ - -		
受講動機	<input type="checkbox"/> これから福祉の仕事がしたい <input type="checkbox"/> 現在の仕事に必要 <input type="checkbox"/> 資格を取得したい <input type="checkbox"/> 家族の介護に役立てたい <input type="checkbox"/> その他 ()		
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 学生証 ※ 申込時にご本人確認としていずれかを提出もしくは郵送 (コピー) していただきます。		
取得後の 就職希望	有・無	※有に○を付けた方にお聞きます。取得後に希望される就業場所はどこですか？ <input type="checkbox"/> 福祉施設 <input type="checkbox"/> 在宅介護 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他 ()	

※ 介護職員初任者研修に際して提出していただいた個人情報については本研修以外には使用いたしません。

※ 修了証に「氏名」「生年月日」が記載されますので、誤字がないように正確に記載してください。

☆アンケートにご協力ください。 該当する□にチェックを入れてください。

1.この講座を何でお知りになりましたか？

- 広告 折り込みチラシ インターネット 知人からの紹介
その他 ()

事務局使用欄

受付№	受付日	受付者	備考

お問合せ・FAX番号

☎ 0134-54-6543 Fax 0134-52-3951