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　元年　　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。 **□令和元年11月開校**　　**□令和元年4月開校（予定）**			
フリガナ 氏名		性別 男　・女	生年月日	昭和　・平成　　年　　月　　日（　　歳）
住所	〒 ☎(自宅)　　－　　－ ☎(携帯)　　－　　－			
緊急連絡先	氏名	続柄	☎　　－　　－	
ご職業	□主婦 □会社員 □学生 □福祉施設職員 □医療関係者 □公務員		□アルバイト・パート □学生　（学校名：　　） □自営業 □その他　（　　）	
勤務先名 又は 学校名				
勤務先（学校）	〒 ☎　　－　　－			
受講動機	□これから福祉の仕事がしたい　　□現在の仕事に必要　　□資格を取得したい □家族の介護に役立てたい □その他（　　）			
本人確認書類	□運転免許証　□健康保険証　□住民票　□パスポート　□年金手帳　□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します。取得後に希望される就業場所はどこですか？ □福祉施設　□在宅介護　□医療機関　□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