

ひびのファミリア研修事業所 介護職員初任者研修 受講申込書

FAX又は郵送、メールにてお申込み下さい。

FAX	052-870-8181	メール	s_training@kyoenkai.or.jp
郵送	〒456-0074 名古屋市熱田区比々野町27番地 社会福祉法人杏園福祉会 ひびのファミリア研修事業所 介護職員初任者研修 係		

令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	昭和・平成 年 月 日	歳
現住所	〒			
連絡先	(自宅) — —	受講票等 送付先	<input type="checkbox"/> 自宅へ郵送希望	
	(携帯) — —		<input type="checkbox"/> 勤務先へ郵送希望	
メールアドレス				
勤務先名 (学生の方は学校名)				
ご職業	1、主婦 2、学生 3、アルバイト・パート 4、介護職			
	5、会社員 6、自営業 7、その他()			
介護職実務経験	<input type="checkbox"/> 経験有り (経験年数 年 ヶ月) <input type="checkbox"/> 経験無し			
	1、訪問介護 2、デイサービス 3、老人ホーム 4、障害者施設 5、その他()			
受講料ご請求先	1、ご本人様宛 2、上記勤務先宛 3、その他()			
	※2又は3を選択された方はご請求先住所をご記入下さい (住所) 〒			
	(宛名)			
	(支払方法) <input type="checkbox"/> 銀行振り込み <input type="checkbox"/> コンビニ支払い ※どちらかにチェックしてください			

※未成年の方は必ず記入してください。

保護者氏名	
保護者連絡先	

事業所記入欄	受付日:	受講可否通知:	入金日:
--------	------	---------	------