

2019年度 社会福祉法人わたり福祉会  
介護職員初任者研修 受講申込書

		申込日	2019年	月	日
フリガナ					
氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	写真  (タテ4cm×ヨコ3cm)
生年月日	昭・平	年	月	日 ( 歳)	
住所	〒 -				
連絡先	TEL (自宅)	-	-	携帯	-
主な学歴	年	月	~	年	月
	年	月	~	年	月
主な職歴  ※直近から ご記入ください	年	月	~	年	月
	年	月	~	年	月
	年	月	~	年	月
普通自動車 運転免許証	有・無	他の免許・資格 (有・無)		医療・福祉関連の資格は、漏れなく記載してください	
講義会場 (はなしの ぶ) までの交通手段 ※複数回答可	1.車 (自分で運転)		2.バイク		3.自転車
		5.徒歩		6.家族等による送迎	
				7.その他 ( )	
介護や ボランティア等の 経験	経験の概要を記載してください				
研修受講に あたっての 動機、抱負 など					
研修受講後 の希望	該当箇所を○で囲んでください。(複数回答可) 1. 介護職員として働きたい、介護の仕事をしてみたい 2. 介護職員として現在就業中 3. 家族の介護に役立てたい 4. その他 ( )				

申込期間：2019年7月1日（月）～8月20日（火）

申 込 先： 介護老人保健施設はなひらの 福島市飯坂町平野字小深田1-5 TEL 024-542-8755  
 わたりケアセンターはなみずき 福島市渡利字中江町29-3 TEL 024-573-5432  
 特別養護老人ホームはなしのぶ 福島市平石字堰ノ上3番地 TEL 024-544-0711

受付使用欄

本人確認の方法 (※学生証は不可)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	受付者	
----------------------	---	-----	--