

特定非営利活動法人 さざなみの会 介護職員初任者研修（通学）

受講申込書

平成 29 年 月 日

(特定非営利活動法人 さざなみの会)

ふりがな		(写 真)
氏名	◎	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)	
性別	男性・女性	
現住所	(〒 -)	
連絡先	自宅Tel	FAX
*当法人より、受講確認のご連絡をさせていただきますので可能な限りご記入下さい。	携帯	
	E-mail	
	その他	
職 業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	*受講動機について該当するものにチェックをお願いします	
	<input type="checkbox"/> 就職に結び付けたい <input type="checkbox"/> 社会貢献（ボランティア） <input type="checkbox"/> 介護の仕事をしているので仕事に生かしたい <input type="checkbox"/> 家族介護に生かしたい <input type="checkbox"/> 介護の資格を取りたい <input type="checkbox"/> その他	

*18歳未満の方のご受講の場合、必ず保護者の自筆署名と捺印をお願いします。

保護者名	◎
住所	(〒 -)
保護者連絡先	

*個人情報について、ご記入いただいた個人情報は、研修以外の目的には使用いたしません。

*カリキュラム等の詳細については、ホームページ上でもご覧いただけます。 <http://www.sazanaminokai.org/>