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 28 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 **＊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。**	自宅℡　　FAX	
	携帯	
	E-mail	
	その他	
職　　業	□　会社員　□　自営業　□　介護職員　□　パート・アルバイト	
	□　学生　□　無職	
	□　その他（　　）	
受　講　動　機	**＊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** □　就職に結び付けたい　□　社会貢献（ボランティア） □　介護の仕事をしているので仕事に生かしたい　□　家族介護に生かしたい □　介護の資格をとりたい　□　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/