

介護職員養成スクール サフィール
初任者研修課程 申込書

年 月 日

| | | | |
|------------|---|-------------|---------------------------|
| ふりがな | | | (写真) 4.0 cm×3.0 cm |
| 氏名 | Ⓜ | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 | 年 月 日生 (歳) | |
| 性別 | 男 ・ 女 | | |
| 現住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | TEL FAX | | |
| | 携帯 | | |
| E-mailアドレス | | | |
| 職業 | <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> その他 <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 [] | | |
| 保護者署名 | 18歳未満の方は、必ず保護者の自筆サインと捺印をお願いします Ⓜ | | |
| 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 <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"/> 介護に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"/> 介護の資格をとりたい <input type="checkbox"/> その他 受講動機を具体的ご記入ください [] | | |
| 備考 | | | |

※ 本人確認を行いますので、本人と確認できるもの（運転免許証、パスポート、健康保険証など）ご持参下さい。
 ※ 個人情報について、ご記入いただいた個人情報は、当研修以外の目的には使用いたしません。

| | |
|------|--|
| 受付日 | |
| 受付番号 | |

社会福祉法人秀成会