

# 2024年度 介護職員初任者研修（通信）受講申込書

さくら介護スクール

申込日 令和 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
氏名	印	男・女	昭和 平成 年 月 日（歳）
住所	〒		
電話	(連絡がとれる番号)		(緊急時連絡先)
	連絡が取れやすい時間帯をご記入下さい。		
職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 医療・福祉施設		
就業場所	※上記で医療・福祉施設で働いていると答えた方については、事業所名又は施設名をご記入下さい		
受講理由	<input type="checkbox"/> 福祉関係の仕事に就きたいため <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 資格を取るため <input type="checkbox"/> 家族の介護をするため		
受講料の 納入方法	どちらかに○をつけて下さい。 1. 現金で一括払い      2. 分割払い（      回） 3. その他（      ）		
さくら使用欄	本人確認方法 1. 運転免許証      2. 健康保険証      3. その他（      ）		
備考			受付番号NO

※今回記載していただいた個人情報は当法人にて厳重に管理し、当事業の目的以外では使用いたしません。

～アンケートにご協力下さい。該当する☑を入れて下さい。～

○この講座を何で知りましたか？

- 広告等       ホームページ       職場の勧め  
 その他（      ）

○資格取得後の希望をお聞かせ下さい。介護への就労希望の場合

1. 有       病院       施設       通所系       その他（      ）  
2. 無

【申込先】〒013-0036 横手市駅前町14番9号

社会福祉法人横手福祉会 さくら介護スクール 介護職員初任者研修 行

※持参または郵送でお申込み下さい。また、申込みの際には、本人確認が必要となりますので、運転免許証、健康保険証など身分を証明できる書類のコピーを添えてお申込み下さい。