

令和2年度 喜多方市社会福祉協議会 介護職員初任者研修 受講申込書

申 込 日	令 和 年 月 日		
フリガナ		性 別	生年月日
氏 名		男 ・ 女	S. H 年 月 日
住 所	〒 ー		
電 話 番 号	自宅電話		携帯電話
現在の就労状況	<input type="checkbox"/> 離職中、無職		<input type="checkbox"/> すぐにでも就職したい
	<input type="checkbox"/> 在職中（介護職・介護職以外）		<input type="checkbox"/> 年 月頃希望
	<input type="checkbox"/> 就業予定		<input type="checkbox"/> 未定
	<input type="checkbox"/> 退職予定（ 年 月）		<input type="checkbox"/> 就職するつもりはない
	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> その他
就労の希望	<input type="checkbox"/> 入所施設介護職員 <input type="checkbox"/> 通所施設(デイサービス等)介護職員		
	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> その他（ ）		
希望の勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤職員(夜勤交替制可) <input type="checkbox"/> 常勤職員(日勤帯のみ) <input type="checkbox"/> パート職員		
介護経験	無 有（ 年 ヶ月程度）		
	経験場所： 施設等での介護 家族介護 その他（ ）		
福祉ボランティアの経験			
当研修受講の申込 動機など <small>※書類選考の参考とします</small>			
この研修をどのようにしてお知りになりましたか <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 折込広告 <input type="checkbox"/> ポスターなどの掲示物 <input type="checkbox"/> 市のお知らせ版 <input type="checkbox"/> 知人等からの紹介			

※本協議会で開催する介護職員初任者研修に際し提出いただいた個人情報には本研修以外には使用いたしません

※事務局使用欄

本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他		
受付No.	受付日	受付者	備 考
	令和 年 月 日		