職業訓練法人　西都職業訓練会　介護職員初任者研修（通学）

受講申込書

申込締切日：Ｈ３０年１２月６日着

平成　　年　　月　　日
（職業訓練法人　西都職業訓練会）

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	

＊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。