

受講票 (秘)

記入日(年 月 日)

フリガナ			性別・現職	男・女
	氏名			西暦 昭和・平成(受講日現在の年齢)
		生年月日	年 月 日 (才)	
自宅	住所	〒 - 市町村名からお書きください		

		TEL () -	_____	
		FAX () -	_____	
携帯 () -		_____		
e-mail		_____		
勤務先(任意)	名称			
	住所	〒 - 市町村名からお書きください		

勤務先への連絡 可・不可		職種 ()		
趣味・特技	(身長 約 cm)			
保有資格	<p>該当するものに○をつけて下さい</p> <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 相談支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護職員養成研修1・2級課程修了者 <input type="checkbox"/> 居宅介護従業者養成研修1・2級課程修了者 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了者 <input type="checkbox"/> その他 その他は記載してください。()			
その他 伝達事項	<p>修了後活動 できる・できない</p> <p>希望研修： 一般課程相当と応用課程相当の受講のうち回が異なる場合でも受講できますが、全日程5日間の受講が原則です。(以下に○を付けて下さい)</p> <p>① 第一回 一般課程相当 2017年 7月15日(土)～17日(月) 応用課程相当 2017年 7月19日(水)～20日(木)</p> <p>② 第二回 一般課程相当 2017年 12月3日(日)～5日(火) 応用課程相当 2017年 12月8日(金)～9日(土)</p> <p>③ 第三回 一般課程相当 2018年 2月23日(金)～25日(日) 応用課程相当 2018年 2月27日(火)～28日(水)</p> <p>食事(初日から三日目迄)の実習があります。アレルギーのある方は記入してください。</p>			