

フリガナ 氏名	性別・現職		男・女・
	年齢		西暦・昭和・平成(受講日現在) 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	
		TEL () - FAX () -	
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> <p>社会福祉士・ケアマネジャー・相談支援専門員・介護福祉士・訪問介護職員養成研修課程修了者・居宅介護従業者養成研修課程修了者・介護職員初任者研修修了者・その他()</p>		
その他 伝達事項	<p>修了後活動 <u>できる</u>・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>第1回 2023年6月19日(月)~21日(水) 7月10日(月)11日(火)</p> <p>第2回 2023年9月24日(日)~26日(火) 10月10日(火)11日(水)</p> <p>第3回 2024年2月25日(日)~27日(火) 3月11日(月)12日(火)</p> <p>食事の実習があります。アレルギーのある方は記入してください。_____</p> <p>テキスト購入希望(<u>あり</u> ・ なし)</p>		