

受講票 (秘)

記入日(年 月 日)

フリガナ			性別・現職	男・女
	氏名		生年月日	西暦 昭和・平成(受講月日現在の年齢) 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> <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> ①第一回 一般課程相当 2018年 7月28日(土)～30日(月) 応用課程相当 2018年 8月7日(火)～8日(水) ②第二回 一般課程相当 2018年 10月28日(日)～30日(火) 応用課程相当 2018年 11月16日(金)～17日(土) ③第三回 一般課程相当 2019年 1月27日(日)～29日(火) 応用課程相当 2019年 2月5日(火)～6日(水) <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>			