

年 月 日

介護職員初任者研修受講申込書

月 日開講 (平日半日・平日1日)コース

フリガナ			
氏名			
生年月日	性別	昭和・平成 年 月 日(満 歳)	男・女
住所		〒 -	
TEL		()	
FAX		()	
携帯番号		()	
緊急連絡先		()	
E-mail アドレス			
勤務先			
どうやって通われますか？		車(自分で運転・家族の送迎)・バイク・自転車・徒歩・その他	
この講座を何でお知りになりましたか？		<input type="checkbox"/> 新聞・広告 <input type="checkbox"/> 弊社インターネット <input type="checkbox"/> 紹介()	
現在お仕事をされていますか？		はい (正社員・パート・アルバイト) いいえ (退職後1年未満・1年以上離職・仕事をすることがない)	
介護の仕事の経験はありますか？		ある ・ ない	
資格取得後、介護施設で働くことが決まっていますか？		すでに働いている ・ 決まっている ・ 決まっていない	
決まっていない方はどのようなご予定ですか？		・きわなみで就職したい ・どこか紹介してほしい ・ご自分で探す ・介護施設に就職するつもりはない ・介護の仕事はしない ・その他 ()	
現在、介護の仕事に在職中の方におたずねします		・いい条件のところがあれば就職したい ・今のところ転職は考えていない	