

平成 30 年 第 14 回介護職員初任者研修受講申込書

株式会社 エバーライフ
 エバーライフビジネスカレッジ
 代表取締役 金丸宜裕 殿

受付番号

私は、介護職員初任者研修の受講を申し込みます。平成 年 月 日

氏名	フリガナ	性別	生年月日
		男・女	昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所	住所 〒 自宅() - 携帯電話 - -		
緊急連絡先	日中に連絡のとれる所 (携帯・勤務先・その他) 名前 TEL () -		
ご職業	<input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> アルバイト・パート <input type="checkbox"/> 福祉施設職員 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> その他 ()		
受講理由	<input type="checkbox"/> 福祉の仕事がしたい <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 資格を取っておきたい <input type="checkbox"/> 将来家族を介護するのに役立てたい		
福祉・医療に関する職歴	(例) 福祉施設〇〇苑 平成〇〇年〇月〇日～現在に至る		
本人確認書類	※本人確認させていただきますので、どれか一つを申込み時にお持ち下さい。(郵送・FAX の場合はコピーを添付ください) 運転免許証 健康保険証 パスポート 年金手帳 戸籍謄本、戸籍抄本もしくは住民票 住民基本台帳カード 等		

※今回提供頂きますデータは個人情報です。この事業以外には使用いたしません。

※修了証に「氏名」「生年月日」が記載されますので、正確に記入してください。

<アンケートに協力下さい。該当する□にチェックを入れて下さい。>

・講座を何でお知りになりましたか？

ホームページ 広告 ちらし 職員からきいた 職場できいた その他

※紹介の場合

紹介者・紹介施設名 ()

・資格取得後は何か考えておられますか？

介護への就労希望

1.有 施設 デイサービス 訪問介護 派遣社員 その他 ()

2.無

エバーライフ FAX 番号 0985-22-2204