

平成 年 月 日

松寿苑介護職員初任者研修 受講申込書

フリガナ			
氏名			
生年月日	性別	昭和・平成 年 月 日	男・女
住所		〒 ー	
TEL	自宅	()	
	携帯番号	-----	
FAX		()	
緊急連絡先電話番号		() 続柄：	
勤務先			
通学方法		<input type="checkbox"/> 車（自分で運転・家族の送迎） <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
この講座を何でお知りになりましたか？		<input type="checkbox"/> 広告（ ） <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 紹介（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
現在お仕事をされていますか？		<input type="checkbox"/> はい（正社員・パート・アルバイト） <input type="checkbox"/> いいえ	
介護の仕事の経験はありますか？		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 現在介護の仕事をしている	
資格取得後、介護施設で働くことが決まっていますか？		<input type="checkbox"/> 決まっている <input type="checkbox"/> 決まっていない （介護の仕事に就きたい・介護の仕事をする予定はない） <input type="checkbox"/> すでに働いている <input type="checkbox"/> その他（ ）	
今回受講を希望された理由について、ご自由にお書き下さい。			