

FAX 043-235-1400

必要事項をご記入の上、こFAXにてお送りください

受 講 申 込 書

お申込希望の講座の□枠内に、レ点をご記入下さい。

- 介護職員初任者研修 《 年 月 日開講 ・ 教室》
- 福祉用具専門相談員講習 《 年 月 日開講 》

フリガナ

写真（スナップ等で構いません）

氏 名

☆生年月日（西暦と和暦の両方ご記入してください）

西 暦 年

月 日（満 才）

昭和・平成 年

☆住 所 〒 -

☆連絡先 ご 自 宅 - -

携 帯 電 話 - -

緊 急 連 絡 先 - -

☆職歴・経歴（簡単に結構です）

☆介護経験（仕事以外の家族介護等も含む）

☆受講動機（番号を○で囲んでください）

- この資格を生かして、取得後はすぐに働きたい。
- すぐではないが、いずれ働きたい。
- 既に介護の仕事をしているが、スキルアップしたい。
- 資格取得後に働く所が決まっている。
- 働く意思はないが、家族介護等のために受けたい。

右の質問で、1又は2の方にお聞きします。

希望の業種は決めていますか？

- 在宅ヘルプサービス
- デイサービス等 通い型施設
- 老人ホーム等 入所施設
- 特に決めていない

※本講座を何でお知りになりましたか？（番号を○で囲んでください）

- 1.ヤックスのチラシ 2 新聞折込 3 知人等の紹介 4 ホームページ 5.その他

★お申込を頂き、誠にありがとうございます。

上記に係る個人情報、個人情報保護法及び当社規程に従って厳重に管理致します。