

介護福祉士実務者研修 受講申込書

フリガナ 氏 名					(男 ・ 女)
生年月日	年 月 日生				(歳)
住 所	〒				
電話番号	自 宅				
	携 帯				
E-mail	@				
勤務先名					
スクーリング会場 ご希望の会場に○を 付けてください	()	町田会場 (医療ビズ 初観光福祉 専門学校)	()	茅ヶ崎会場 (ふれあい医療福祉研修 センター)	
介護職の経験	有	経験年数	_____年 _____ヶ月		
		保有資格			
	無				
国家試験の 受験予定	有 ・ 無				
受講動機					
本研修を何で 知りましたか (複数回答可)	①DM ②新聞の折り込み広告を見て ③ホームページを見て ④施設に置いてあるチラシを見て ⑤ふれあいグループからの紹介 ⑥知人からの紹介 ⑦ご家族からの紹介 ⑧上司からの紹介 ⑨その他 ()				

※本申込書に記載された個人情報、本研修の目的以外には使用いたしません。