介護職員初任者研修　受講申込書　（2019年度　第　　回　　月コース）

医療法人　椿クリニック
理事長　泉　本　昭　彦　殿

私は、介護職員初任者研修の受講を申込みします。　　平成　　年　　月　　日

★太線・太枠欄に記入して、郵送されるか、FAXまたはメールにて送信して下さい。
※修了証書に【氏名】【フリガナ】【生年月日】【住所】が記載されますので、正確に記入して下さい。
※□には、該当する箇所に ☑ をお願いします。

フリガナ		性　別	生年月日	年　齢
氏　名	印	男　・　女	昭和 平成　　年　　月　　日	歳
住　所	〒　　－			
連絡先	自宅TEL（　　）　　－　　携帯TEL　　－　　－			
勤務先（学校）	名　称　：			
	〒　　－ TEL　　－　　－			
福祉・医療の実務経験	□ 有　（　　年間）　経験場所　□ 施設介護　□ 在宅介護　□ 家族の介護 □ 無　□ その他（　　）			
受講理由	□ 介護職に興味があるから　□ 資格を取っておきたいから □ 家族や親族の介護をする時に役立てたいから　□ スキルアップを図るため □ その他（　　）			
当校をどちらで知りましたか？	□ ホームページを見て　□ 資格検索サイト　□ 知人の紹介 □ ハローワーク　□ 情報誌・折込み・広告チラシ等を見て □ 当社職員（　　）からの紹介　□ その他（　　）			
本人確認書類	※本人確認させていただきますので、どれか1つを申込み時にお持ち下さい。（郵送の場合はコピーを添付下さい。） □ 運転免許証　□ 健康保険証　□ パスポート □ 戸籍謄本、戸籍抄本もしくは住民票　□ その他（　　）			
就労希望	□ 有　□ 施設　□ 訪問介護　□ デイサービス　□ その他（　　） □ 無			
備　考	※上記以外で研修事業所に伝えたい事がございましたらご記入下さい。			

※今回の申込みにより知り得た個人情報については、厳重に管理し本研修以外には使用いたしません。

事務処理欄

受付No.	区　分	受付日	入金確認	担当者
	□ 一般　□ 学生　□ 紹介	平成　　年　　月　　日	現金 ／	印

fax:089-958-4381　<http://www.tsubaki-clinic.jp>