

2023年度 介護職員初任者研修（通信）受講申込書

さくら介護スクール				申込日 令和 年 月 日				
フリガナ				性 別	生 年 月 日			
氏 名				印	男・女	昭和 平成	年 月 日 (歳)	
住 所								
電 話				(連絡がとれる番号)				
				(緊急時連絡先)				
				連絡が取れやすい時間帯をご記入下さい。				
職 業				☐ 会社員 ☐ パート ☐ 無職 ☐ 自営業 ☐ アルバイト ☐ その他 ☐ 医療・福祉施設				
就業場所				※上記で医療・福祉施設で働いていると答えた方については、事業所名又は施設名をご記入下さい				
受講理由				☐ 福祉関係の仕事に就きたいため ☐ その他 ☐ 資格を取るため ☐ 家族の介護をするため どちらかに○をつけて下さい。				
受講料の				1. 現金で一括払い 2. 分割払い (回)				
納入方法				3. その他 ()				
さくら使用欄				本人確認方法 1. 運転免許証 2. 健康保険証 3. その他 ()				
備 考				受付番号NO				

※今回記載していただいた個人情報は当法人にて厳重に管理し、当事業の目的以外では使用いたしません。

～アンケートにご協力下さい。該当する☑を入れて下さい。～

○この講座を何で知りましたか？

☐ 広告等 ☐ ホームページ ☐ 職場の勧め

☐ その他 ()

○資格取得後の希望をお聞かせ下さい。介護への就労希望の場合

1. 有 ☐ 病院 ☐ 施設 ☐ 通所系 ☐ その他 ()

2. 無

【申込先】〒013-0036 横手市駅前町14番9号

社会福祉法人横手福祉会 さくら介護スクール 介護職員初任者研修 行

※持参または郵送でお申込み下さい。また、申込みの際には、本人確認が必要となりますので、

運転免許証、健康保険証など身分を証明できる書類のコピーを添えてお申込み下さい。