

平成 30 年度品川区精神障害者ホームヘルパーステップアップ研修

申し込み書(推薦及び在勤証明)

(募集期間 平成 30 年 11 月 14 日(水)~12 月 5 日(水))

	(ふりがな) 氏 名	生年月日	住 所 (自宅)	資格*	経験**
1				介・1・2・初 CM・その他	有( 年)・無
2				介・1・2・初 CM・その他	有( 年)・無
3				介・1・2・初 CM・その他	有( 年)・無
4				介・1・2・初 CM・その他	有( 年)・無
5				介・1・2・初 CM・その他	有( 年)・無

\*「資格」欄には、最上位資格に○印をつけてください。

\*「経験」欄には、精神障害者のホームヘルプサービス経験の有無等を記入してください。

※申込方法は、上記申込書に事項内容を記載の上、FAX 又はメールアドレス宛にご送付ください。

※受講決定通知は、代表者宛メールにて発送致します。

※応募者多数の場合は、抽選となりますのでご承知おきください。

上記の者は、当社に勤務しており、本研修に参加申し込みいたしたく推薦申し上げます。

平成 30 年 月 日

法人名 :	代表者氏名 :
担当者名 :	電話番号 :
住所 :	FAX 番号 :
メールアドレス :	

：：

事前アンケートに協力ください。

(受講するにあたって「こんなことが聞きたい」「仕事についての悩み事」を自由にお書きください。)

より良い研修とするため、いただいたご意見の一部を個人を識別することができない状態で公開させていただく場合がございます。事前アンケートは、今後の研修等の参考として活用させていただきます。