

⇒FAX : 093-562-8380
⇒メール : eminaga@kitakyulife.com

平成 年 月 日

第4回 介護職員初任者研修受講申込書

社会福祉法人ライフ北九州
理事長 大脇 爲常 殿

私は、介護職員初任者研修の受講を申し込みます。

| | | |
|--|--|-----|
| ふりがな | | 性別 |
| 氏名 | | 男・女 |
| 住所 | 〒 - | |
| 連絡先 | 携帯・自宅・勤務先・その他（ ） TEL : | |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | |
| ご職業 | <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> アルバイト・パート <input type="checkbox"/> 福祉施設職員 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 医療関係職員 <input type="checkbox"/> 自営業 | |
| 受講理由 | <input type="checkbox"/> 福祉の仕事がしたい <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 資格を取っておきたい <input type="checkbox"/> 家族の介護に役立てたい（将来も含め） | |
| 本人確認書類 | ※本人確認書類は必須です。下記のいずれかの写しをご提出ください。 運転免許証 健康保険証 パスポート 年金手帳 戸籍謄本（抄本）または住民票 住民基本台帳カード 等 | |
| 受講費助成希望の有無 | 有 ・ 無 | |
| ※希望される方は、当法人の訪問介護事業所でヘルパーとして3年間業務をおこなっていただくことが条件となります。（大手町 または 戸畑） | | |

- 今回ご記入いただいた個人情報は、「介護職員初任者養成講座」の運用以外に使用しません。
- この個人情報は、漏えいのないよう法人規程のもと、厳重に管理いたします。
- 修了証に「氏名」「生年月日」が記載されますので、正確に記入してください。

受付番号 :