

平成25年度

第2期 介護職員初任者研修講座 受講申込書

一般社団法人 ウェルネスJAPAN
ウェルネス学院 学長 中村 太一 殿

介護職員初任者研修の申し込みを致します。

写真

必ず貼りつけて下さい。

(4.5cm×3.5cm)

パスポート写真規格

申込日	平成 年 月 日	性別	生年月日
受講者氏名	ふりがな ----- (印)	男・女	昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所			自宅： 携帯：
保護者名	(印)	続柄	連絡先

※18歳未満の方は必ず保護者の署名及び捺印をお願い致します。

職業	主婦 ・ 会社員 ・ パート/アルバイト ・ 学生 ・ 介護従事者 ・ 自営業 無職 ・ 求職中 ・ その他()
----	--

【受講理由】

【福祉・医療に関する職歴】

【当研修終了後、介護業務に就く予定はありますか？】

就業予定なし すでに施設、事業所等で就業中 就業予定あり 現在、就業施設、事業所を探している

【個人情報取り扱いについて】 上記内容で知り得た個人情報は、「個人情報保護に関する法律」に基づき、適切に取扱います。

【申し込み先】

受講申込書(顔写真付)をご記入のうえ、事務局まで直接持参するか郵送してください。

〒833-0031 福岡県筑後市山ノ井 668-10

一般社団法人ウェルネスJAPAN ウェルネス学院 介護職員養成科 事務局宛て

(事業者番号: 4025024058)

※申込期限⇒10月25日必着

(当社記入欄)

受付日	/ /	修了者管理番号		交付年月日	/ /
-----	-----	---------	--	-------	-----