

平成 25 年度

## 第 1 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を受講したいので、申込みいたします。

申込み日 平成 年 月 日

写真  
必ず貼りつけて  
下さい。  
(4.5 cm×3.5 cm)  
パスポート写真規格

受講者 氏名	ふりがな	性別	生年月日
	Ⓜ	男・女	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
住所	〒	-	自宅:
			携帯:
保護者名	Ⓜ	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？ <input type="checkbox"/> 就業予定なし <input type="checkbox"/> すでに施設、事業所等で就業中 <input type="checkbox"/> 就業予定あり <input type="checkbox"/> 現在、就業施設、事業所を探している			

・上記内容で知り得た個人情報、「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】※郵送又は持ち込み

〒 8 3 3 - 0 0 3 1 福岡県筑後市大字山ノ井 6 8 8 - 1 0

一般社団法人 ウェルネス JAPAN (事業者番号: 4025024058)

ウェルネス学院 介護職員養成科 事務局宛て

(当社団記入欄)

受付日	/ /	受付担当者			
-----	-----	-------	--	--	--