

社会福祉法人アパティア福祉会

介護職員初任者研修 申込書

受講希望者

平成 年 月 日

ふりがな	
氏名	印 (男・女)
生年月日	昭和 平成 年 月 日(満 歳)
住所	〒 -
電話番号	() -
職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営業(役員) <input type="checkbox"/> 介護福祉関係職員 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 ()
受講コース	平成 26 年 9 月 27 日 開始コース

受講条件を満たしている はい いいえ
この講座の目的を理解できた はい いいえ
全日程を欠席なく受講できる はい いいえ
保護者の同意を得ている(18歳未満) はい いいえ
講座終了後、当法人施設での勤務を希望する はい いいえ

※勤務希望者については、採用試験を実施致します。

不採用の場合は、受講料 60,000 円は免除となりません。

保護者の同意 ※受講者が 18歳未満の場合 は記入	保護者氏名： 印 住所：〒 - 電話番号：
------------------------------------	-----------------------------

- ・郵送か持参にてお申し込みを受け付けております。
- ・運転免許証や健康保険証等で、申込時にご本人確認を行いますのでコピーを添付してください。
- ・住所は、マンション名やアパート名までご記入ください。
- ・申込書 1 枚につき 1 名の申し込みです。会社等で複数名の申し込みをされる場合、受講希望者 1 名につき申込書 1 枚で申し込みください。
- ・受講資格の譲渡は認められませんので、予めご了承ください。
- ・受講者が 18 歳未満の場合は、保護者の同意が必要です。