

平成29年(秋季)介護職員初任者研修(旧ヘルパー2級養成講座)
 受講申込書

ふりがな	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 歳 8/1現在
性別	男 女 *○で囲んでください
ふりがな	
郵便番号	〒
住所	
電話番号	
FAX番号	
職業 (勤め先)	
介護の経験と受講する動機	
病棟の看護助手やホームヘルパーとしての就職の斡旋を希望しますか？	
希望する 希望しない *○で囲んでください	
通学時、当院駐車場を利用しますか？	
利用する 利用しない *○で囲んでください	
バイク、自転車の場合は「バイク」、「自転車」と書いてください	
当院の講座は何を見て、あるいは聞いて申し込まれましたか？	
リビング新聞 県庁ホームページ	熊日スパイス 知人の紹介
求人案内 その他()	当院ホームページ
*○で囲んでください 複数回答 可	
申込日	平成 年 月 日