

克仁会 介護職員初任者研修養成講座〔通信課程〕

受講申込書

写真添付
3cm×4cm
証明写真にて

介護職員初任者研修養成講座の受講を申し込みます。

平成 年 月 日

コース	平成 年度 第 回 土日コース〔通信過程〕												
フリガナ													
氏名													
生年月日	昭和・平成 年 月 日(歳)	※受講番号											
性別	男・女(○で囲んでください)	紹介の有無	有()・無										
住所	〒	TEL ()											
		携帯 ()											
勤務先 (学校)		TEL ()											
		FAX ()											
通学方法	自家用車・バイク・自転車・家族の送迎・電車・徒歩・その他()												
送迎	希望(勝田駅・湊駅)・希望しない	就職支援	希望する・希望しない										
取得後の 就業意向について	<p>● 当てはまるものに ○ で囲んでください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・就業を希望する <ul style="list-style-type: none"> ・これから就職活動を行う ・他の事業所に就職活動中 ・既に他事業所にて就業中 ・就業を希望しない <ul style="list-style-type: none"> ・将来の就職の為に取得 ・自分の勉強の為に取得 <p>● 克仁会グループへの就職を希望する方は、就業希望先に○を記入して下さい。</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>1. 恵愛小林クリニック デイケア</td> <td>6. 介護老人福祉施設 恵苑</td> </tr> <tr> <td>2. 介護老人保健施設 みなと苑</td> <td>7. 恵苑 デイサービス1</td> </tr> <tr> <td>3. 介護老人保健施設 サンライズ湊</td> <td>8. 恵苑 デイサービス2</td> </tr> <tr> <td>4. サンライズ湊 デイケア</td> <td>9. 恵苑ホームヘルプサービス</td> </tr> <tr> <td>5. サンライズ湊 パワーリハビリセンター</td> <td>10. グループホーム恵苑</td> </tr> </table>			1. 恵愛小林クリニック デイケア	6. 介護老人福祉施設 恵苑	2. 介護老人保健施設 みなと苑	7. 恵苑 デイサービス1	3. 介護老人保健施設 サンライズ湊	8. 恵苑 デイサービス2	4. サンライズ湊 デイケア	9. 恵苑ホームヘルプサービス	5. サンライズ湊 パワーリハビリセンター	10. グループホーム恵苑
1. 恵愛小林クリニック デイケア	6. 介護老人福祉施設 恵苑												
2. 介護老人保健施設 みなと苑	7. 恵苑 デイサービス1												
3. 介護老人保健施設 サンライズ湊	8. 恵苑 デイサービス2												
4. サンライズ湊 デイケア	9. 恵苑ホームヘルプサービス												
5. サンライズ湊 パワーリハビリセンター	10. グループホーム恵苑												
備考													

※ 上記の個人情報については、本講座においてのみ使用いたします。