



介護職員初任者研修 受講申込書

記入日

年 月 日

コース	介護職員初任者研修		受付番号	
フリガナ		性別	写真	
氏名		印	男・女	
生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)		
現住所	〒 —			
連絡先	自宅 () — 携帯 () —		FAX () —	

1. 最終学歴・職歴(在職/在学中を含む)

年	月	

2. 医療・福祉関係の資格(お持ちであれば、ご記入ください)

--

3. 取得している免許(単車等)

--

4. 長所と短所

長所：	短所：
-----	-----

5. 受講動機及び修了後の進路

<input type="checkbox"/> ヘルパーとして(医真会 ・ 他 ・ 未定)で働きたい	<input type="checkbox"/> 知識として得たい
<input type="checkbox"/> 身内の介護に生かしたい	<input type="checkbox"/> ボランティアで活動したい
<input type="checkbox"/> 他 ()	

6. 以下の質問にお答えください。

① 医真会を知っていましたか？(はい・いいえ)
② 申込みの決め手は？(複数回答可)
<input type="checkbox"/> 家から近い <input type="checkbox"/> 値段 <input type="checkbox"/> 人に勧められた <input type="checkbox"/> 日程 <input type="checkbox"/> 実習施設
<input type="checkbox"/> 医真会に馴染みがある <input type="checkbox"/> 駐車場が使える <input type="checkbox"/> 他 ()
③ どこで講座を知りましたか？
<input type="checkbox"/> 修了生(氏名： 様) <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 市役所 <input type="checkbox"/> 学校 からの紹介
<input type="checkbox"/> () に貼ってあるポスターを見て
<input type="checkbox"/> インターネット(医真会ホームページ等を見て <input type="checkbox"/> 他 ()
④ 開講中に受講の様子を写真撮影することがあります。 当法人のホームページなどに掲載しても宜しいですか？(はい・いいえ)
⑤ 受講中に、配慮が必要なことがあればご記入下さい(例：少し耳が遠いので配慮してほしい) () ※可能な範囲で対応いたします
⑥ 研修修了後、当法人の就職案内を送付しても宜しいですか？(はい・いいえ)

※個人情報は本講座受講目的に使用し、その取り扱いに十分注意いたします。

社会医療法人 医真会

※この欄は記入不要です	教育訓練給付金	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	入金方法	<input type="checkbox"/> 一括	<input type="checkbox"/> 分割