受付No.

受講申込書

年　月　日現在

写真をはる位置
1.本人単身胸から上
2.裏面のりづけ
3.裏面に氏名記入

ふりがな	
氏名	㊞
生年月日	昭和 平成　年　月　日（満　歳）

ふりがな	
現住所	（〒　－　）
連絡先	自宅　（　）　－　携帯　（　）　－
	FAX　（　）　－　E-mail

年	月	最終学歴・職歴(在職/在学中を含む)

資　格(医療・福祉関係)・免　許

長所		短所	

1. 受講の目的(複数選択可)

1．ヘルパーとして働くため(医真会 ・ 他事業所 ・ 未定)　2．家族の介護に活かすため

3．ボランティア活動を行うため　4．知識として得たいため　5．その他(　)

2. 終了後の進路

1．ヘルパーとして働く(医真会 ・ 他事業所 ・ 未定)　2．未定

3．ヘルパー以外で働く(医真会 ・ 他事業所 ・ 未定)　4．その他(　)

3. 医真会の名前を聞いたことがありましたか?

1．はい　2．いいえ

4. 何を見て介護職員初任者研修を知りましたか?(複数選択可)

1．ホームページ　2．チラシ･ポスター(見た場所:　)　3．市役所　4．知人

5．修了生(氏名 :　)からの紹介　6．その他(　)

5. 申し込みの決め手はなんですか?(複数選択可)

1．通いやすさ　2．値段　3．日程　4．知人の勧め　5実習施設

6．駐車場がある　7．医真会に馴染みがある　8．その他(　)

6. 受講中配慮して欲しいことはありますか?(※可能な範囲で対応させていただきます。)

〔　〕

□開講中の写真撮影及びホームページ・チラシ・ポスターなどへの写真の使用を許可します。

※個人情報は本講座受講目的に使用し、その取扱いに十分注意させていただきます

事務局記入欄(※記入不要)	教	□	分	2・3	テ	□	