

受講申込書

記入した日付

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 **かいご たろう**

氏名 **介護 太郎**

シャチハタ可



生年月日 **昭和** 平成 35 年 10 月 10 日 (満 60 歳)

必ず写真を貼付

カラー,モノクロどちらでも可
スナップ写真でも可

ふりがな **おおさかふ やおし おおた**

現住所 (〒 581 - 0037)
大阪府八尾市太田7-36-3

連絡先
自宅 (072) 948 - 3375 携帯 (090) 123 - 456
FAX (072) 948 - 3566 E-mail **ishinkai@kaigo.jp**

年	月	最終学歴・職歴(在職/在学中を含む)
昭和54	3	介護高校 卒業
昭和54	4	(株)アオゾラ 入職
令和3	3	(株)アオゾラ 退職

資格(医療・福祉関係)・免許

普通自動車第一種運転免許 / 普通自動二輪免許 など

長所	短所
几帳面	心配性

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すか?

- 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: プラザ薬局 太田店) | 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。)

少し耳が遠いので前の席にして欲しい。

同意いただける場合は□にを入れる

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	<input type="checkbox"/>	分	2・3	テ	<input type="checkbox"/>
---------------	---	--------------------------	---	-----	---	--------------------------