

アイ・ビー・エス協同組合 介護職員初任者研修 受講申込書

申込日	令和	年	月	日
フリガナ		性別	生年月日	年 月 日(歳)
氏名		男 ・ 女		
住所	〒			
電話番号	()	FAX番号	()	
メールアドレス	@			
ご職業	<input type="checkbox"/> 会社員(医療・介護・福祉以外) <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 介護施設職員 <input type="checkbox"/> アルバイト・パート <input type="checkbox"/> 障害者施設職員 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 医療機関職員 <input type="checkbox"/> その他()			
勤務先又は学校 名 称		※組合員企業職員の場合は右 の欄に○をご記入ください。		
勤務先住所	〒			
緊急連絡先 電話番号	()	続柄	フリガナ	
			氏名	
受講動機	<input type="checkbox"/> 介護の知識向上の為 <input type="checkbox"/> 勤め先からの勧め <input type="checkbox"/> 現在の職場で必要だから <input type="checkbox"/> 家族の介護に役立てたい <input type="checkbox"/> その他()			
本人確認 書 類	※本人確認のため、下記のいずれか1つのコピーを受講申込書と一緒に添付願います。 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 国家資格等の登録証 ※上記書類の提示ができない場合は下記のいずれかを受講申込書と一緒に添付してください。 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 戸籍抄本 <input type="checkbox"/> 住民票			
介護への 就労希望	有 ・ 無			
備考	※上記以外で何かございましたら、ご記入ください。			

※今回記載していただいた個人情報は当組合にて厳重に管理し、当事業の目的以外では使用いたしません。

☆アンケートにご協力ください。該当する□にチェックを入れてください。

1. この講座を何でお知りになりましたか？

- 広告 ホームページ 勤め先からの紹介 知人、家族からの紹介
 愛媛県のホームページ その他()

申込先: アイ・ビー・エス協同組合 事務局 担当者: 川上・宮田

電話番号 0898-66-0821 FAX番号 0898-66-0822

メールアドレス qqxy5bh9k@juno.ocn.ne.jp

事務局使用欄

受付No.	受付日	受付者	入金確認	備考