

令和6年度 藤沢市社会福祉協議会
介護職員初任者研修 通学コース
受講申込書

ふりがな		性 別	写真 (縦4cm×横3cm) [3か月以内に 撮影したもの]
氏 名		男・女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)		
現住所	(〒 -)		
連絡先	TEL(自宅)		
	TEL(携帯)		
	FAX		
	E-mail		
緊急連絡先 (本人以外)	氏名	Tel	本人との続柄
職業 ・ 属性	<input type="checkbox"/> 介護職員(正規雇用) <input type="checkbox"/> 介護職員(非正規雇用) <input type="checkbox"/> 介護職員以外の勤労者(正規雇用) <input type="checkbox"/> 介護職員以外の勤労者(非正規雇用) <input type="checkbox"/> 高校生(年生) <input type="checkbox"/> 大学・短大・専門学校生 <input type="checkbox"/> 専業主婦・専業主夫 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ()		
講座を 知った きっかけ	<input type="checkbox"/> 市の広報 <input type="checkbox"/> 市社協ホームページ <input type="checkbox"/> その他ホームページ <input type="checkbox"/> チラシ(入手先:) <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> メールマガジン <input type="checkbox"/> 職場からの情報提供・紹介 <input type="checkbox"/> その他()		
現在の就労 状況につい て	①現在のお勤め先 : ②主な業務内容 : ③職場に本研修を受講することを伝えてありますか? はい ・ いいえ (いずれかに○) ※可能な範囲でご記入下さい。		
誓約欄	<input type="checkbox"/> 本研修の学則および募集要項を熟読し、内容を承諾の上 申し込めます。		

【記入上の注意】

- ・応募者本人の直筆にてご記入ください。
- ・緊急連絡先には、緊急時(例:受講中の急病など)に連絡の取れるご本人以外の
方の連絡先をご記入ください。いない場合は空欄でご提出ください。