

※受付番号	
-------	--

田原市立田原福祉専門学校長 殿

平成31年度介護職員初任者研修 受講申込書

申込日 平成 年 月 日

※	受付年月日	
※	受講番号	免除（対象・対象外）
①	フリガナ	
	氏名	
②	性別	男・女
③	生年月日（年齢）	昭和・平成 年 月 日（満 歳）
④	郵便番号	〒 ー
⑤	フリガナ	
	住所	
⑥	電話番号	（ ） ー
⑦	職業	ア 福祉関連事業所に勤務 ⇒（正職員・パート等） イ 福祉関連 <u>以外</u> に勤務 ⇒（正職員・パート等） ウ 無職 エ 学生 オ その他（ ）
		福祉関連事業所の場合は勤務先（ ） 昭和・平成 年 月 ～ 現在に至る
⑧	受講動機	ア 福祉について興味があったから イ 介護サービスの仕事をしたいから ウ 地域や社会、ボランティア活動に役立てたいから エ 親、家族の介護に将来役立つから オ 親や知人等に勧められたから カ 現在の仕事（ ）に役立てたいから キ その他（具体的に ）

注意事項

- 1 ②・③は該当する方を○で囲むこと
- 2 ※欄は記入しないこと。