☆ お仕事入門研修申込書 ☆

〇下記申込用紙に必要事項をご記入の上、FAX または郵送にて(公財)介護労働安定センター福井支部までお送り下さい。
受付確認票を FAX または郵送でご返送いたします。
受講決定については申込み締め切り日後に、正式に FAX または郵送でお送りいたします。申し込み多数の時は抽選になります。
応募人員が大幅に満たない場合、開催を見送る場合がありますので、予めご了承願います。

FAX　0776-25-4706

ふりがな			
氏名			
生年月日/年齢	昭和・平成　　年　　月　　日　　歳	性別	男　・　女
住所等	〒(　　ー　　)		
電話 (日中連絡の取れる番号)		FAX	
介護関係取得資格等に〇を付けてください。(支障のないところでご記入をお願いいたします。)	介護分野の経験年数	経験年数　　(　　)年	
	介護・福祉分野で取得している資格	イ、訪問介護員(1,　2,　3級)研修修了者 ロ、介護職員初任者研修修了者 ハ、介護職員基礎研修修了者 ニ、実務者研修修了者　　ホ、介護福祉士 ヘ、介護支援専門員　　ト、准看護師 チ、その他の資格　　リ、資格は持っていない	

〇受講希望者の個人情報（氏名、住所、電話番号等）は、この研修に関する通知の送付及び研修実施に関する連絡、研修受講の際の本人確認の範囲で利用させて頂きます。

〇ご提供頂きました個人情報は、プライバシーポリシーに基づき、厳重に管理し、上記目的以外には使用いたしません。

〇上記につきまして不都合な点がございましたら、お手数ですが、(公財)介護労働安定センター福井支部 0776-25-1365 までお申し出ください。