

平成30年度福祉のしごと講習（基礎編）【前期】

受講申込書

石川県福祉の仕事マッチングサポートセンター 行 (FAX 076-234-1153)

申込日 平成 年 月 日

フリガナ							男 ・ 女
氏 名							
連絡先 (※受講票の送付先となります)	〒 _____						
	TEL (_____) _____			FAX (_____) _____			
現在の就労状況 (○を記入)	就労中			未就労	学生		
	福祉分野	福祉分野以外					
年 齢	_____ 歳		社のしごと従事年数 (通算) (経験者のみ)	_____ 年 _____ か月			
希望コース (○を記入)	Aコース	Bコース		Cコース		Dコース	
	①【7/25】	①【7/18】	②【8/2】	①【7/19】	②【8/3】	①【7/30】	②【8/10】
福祉関係資格 記入欄 ※該当に○印及び ()内記入	1. 介護福祉士 2. 実務者研修 (介護職員) 3. 介護職員初任者研修 4. 介護職員基礎研修 5. ヘルパー1級 6. ヘルパー2級 7. 介護支援専門員 8. 社会福祉士 9. 精神保健福祉士 10. 社会福祉主事 11. 保育士 12. 幼稚園教諭 13. 看護師 14. 准看護師 15. 栄養士 16. 調理師 17. その他 () 18. 現在受講中の福祉資格 ()						

※1 定員の範囲内 (各回20名) で受講者を承認し、郵送にて受講票を送付いたします。
定員超過等により受講できない場合は、あらかじめ電話等でご連絡いたします。

※2 連絡先が受講者宅と異なる場合は、必ず連絡先名称(事業所名など)もご記入ください。

※3 各コースごとに複数回開催いたしますが、同一内容となりますので、コース内でご希望の受講日を1日選んでお申し込みください。