

令和元年度福祉のしごと講習 受講申込書

石川県福祉の仕事マッチングセンター 行 (FAX 076-234-1153)

申込日 令和 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。)	〒 _____ 事業所名： _____							
	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	福祉のしごと従事年数 (通算) (経験者のみ)		年 か月				
希望コース (○を記入)	基 A コース	基 B コース		基 C コース		基 D コース		
	① 【7/17】	① 【7/31】	② 【8/9】	① 【8/1】	② 【8/29】	① 【7/26】	② 【8/23】	
	② 【11/26】	③ 【11/12】	④ 【12/12】	③ 【11/13】	④ 【12/13】	③ 【11/22】	④ 【12/20】	
	応 A コース		応 B コース		応 C コース			
	① 【9/24】	② 【11/1】	① 【10/3】	② 【11/5】	① 【9/20】	② 【10/23】		
	③ 【1/30】	④ 【2/20】	③ 【1/31】	④ 【2/21】	③ 【1/24】	④ 【2/12】		
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 受講を希望されるコースごとに、受講希望日を1日選んでください (コースごとに複数回開催いたしますが、同一の内容となります)。

※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) をご記入ください。

※3 定員の範囲内 (各回20名) で先着順に受講者を承認し、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。