

平成29年度 緩和した基準によるサービスの担い手養成研修受講申込書

開催月	<input type="checkbox"/> 7月開催	<input type="checkbox"/> 8月開催	ご希望の開催月に☑を入れてください。
-----	-------------------------------	-------------------------------	--------------------

平成 年 月 日現在

フリガナ			性別			
氏名			男・女	昭和 平成	年 月 日	生 歳
住所	〒 —					
電話番号	自宅	()	携帯	()		
	日中に連絡がとれる方に○を付けてください。(自宅 ・ 携帯)					
最終学歴 (卒業学校名)						
年 月	職歴				職種	
健康状態	<input type="checkbox"/> 良好		<input type="checkbox"/> 普通		<input type="checkbox"/> 病弱	
配偶者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		配偶者の扶養義務 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
意思確認	以下の項目に、該当する方が受講の対象となります。(項目を確認し、☑を入れてください。)					
	<input type="checkbox"/> 当協議会が行う総合事業訪問生活援助の従事者として就業することを希望します					
アンケート	この研修を何からお知りになりましたか？					
	1 広報 2 ホームページ 3 その他 ()					

※ご記入は受講申込者本人が行ってください。
 ※ご記入いただいた個人情報については、当会の個人情報保護に関する方針に基づき、本研修の連絡・調整・管理事務以外の目的には使用いたしません。

【申込み・問い合わせ先】

〒670-0954
 姫路市栗山町151-2
 姫路市社会福祉協議会 介護事業庶務担当
 TEL：079-224-3677 FAX：079-281-2460

社協 使用 欄	受理日	受付番号	確認