

## 介護職員初任者研修 受講申込書 (浜田会場)

平成30年 月 日

氏名	フリガナ		性別	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)			
住所	〒			
電話番号	携帯: - -	自宅: - -		
在職状況	無職 ・ 福祉職場以外で在職中			
職歴について ※無職の方は前職を 在職中の方は現在の 職業についてご記入 ください。	業種:  (例) 製造業、サービス業など	職種:  (例) 事務職、営業職など		
福祉の職歴	福祉職場で働いていたことが <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			
福祉資格	年	月		
	年	月		
	年	月		
運転免許	普通自動車免許 ・ 普通自動車免許(AT限定) ・ 第二種普通自動車免許			

本研修申込の 動機	
--------------	--

就職希望時期	研修終了後すぐ ・ 平成 年 月頃
--------	-------------------

求職登録	☆島根県福祉人材センター又は島根県福祉人材センター石見分室への求職登録 <input type="checkbox"/> 登録している <input type="checkbox"/> 登録していない
------	---

☆お申込みは、本書に必要事項をご記入のうえ、島根県福祉人材センターへ持参または郵送してください。(FAX可)

※ 申込者の個人情報、本事業に係る事務手続き等を行う目的で使用し、他の目的で使用することはありません。その管理については本会「個人情報保護規程」に基づき適切に行い、無断で第三者に提供することはありません。

《お申込み・お問合せ先》

浜田

社会福祉法人島根県社会福祉協議会 石見支所(島根県福祉人材センター石見分室)

〒697-0016 島根県浜田市野原町1826-1 いわみーる2F (担当:河野・三上)

TEL:0855-24-9340 / FAX:0855-24-9341

E-mail:jinzai-iwami@fukushi-shimane.or.jp