医療法人 社団美心会

# 介護職員初任者研修講座　申込用紙

年　　月　　日

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ふりがな | | | | | | 写真添付<br>写真の裏には氏名を記入してください<br>3ヶ月以内の写真 |
| 氏　名 | | 男・女 | 昭和･平成　年　月　日生　歳 | | | |
| ふりがな | | | | | | |
| 住　所 | 〒 | | | 電話番号<br>携帯電話 | | |
| 勤務先 | | 役職 | | 勤務先電話番号 | | |
| 家族構成 | | | | 要介護者がいる場合、介護する頻度 | | |
| 今までに介護業務実務経験が３ヶ月以上ある | はい･いいえ | 経験のある方はどこでどれだけ行いましたか | | | | |

1．志望動機

2．資格取得後はどうしたいですか。（下記に〇をつけてください）

職業としたい　　ボランティアをしたい　　家庭介護をしたい　　どちらでも良い　　わからない

3．どのようにしてこの講座を知りましたか。

4．自覚している自分の性格を書いてください。

5．学歴（最終学歴）･職業

| 年　月 | 経　歴 | 年　月 | 経　歴 |
|---|---|---|---|
| ～ | | ～ | |
| ～ | | ～ | |
| ～ | | ～ | |
| ～ | | ～ | |

| | |
|---|---|
| 資　格 | |

趣味：　　特技：

6．全講座休まず出席できますか。　　はい・わからない・いいえ

7．事務局が研修状況の写真を撮影し、使用すること（県への提出資料、広報誌掲載など）に同意しますか。　　はい・いいえ

この個人情報は、医療法人　社団美心会の行う介護職員初任者研修講座の受講生選考および受講生把握以外の用途には使用いたしません。
講座に無断で欠席された場合、また補講授業の確認、またその他必要に応じ電話連絡することがあります。