

# 参加申込書

来所・郵送・FAXで申込みを受付しております  
申込締切 各コース開催日の7日前まで

FAX 083-922-6652

フリガナ			
氏名		年齢	歳
住所	〒		
電話番号			
離職介護福祉士等 届出登録	有	無	
求職登録	有	無	
福祉資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護職員実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> （旧）ホームヘルパー養成研修1級・2級 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
希望地域ブロック	<input type="checkbox"/> 東部地域 <input type="checkbox"/> 中部地域 <input type="checkbox"/> 西部地域		
希望時間	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 1日		
バス利用（無料）	有	無	
職場見学ツアーで聞 いてみたいことなど			
参加中の皆さんの様子 （肖像）を写真で撮影し、 ホームページ等に掲載 することについて	同意する ・ 同意しない （どちらかに必ず○をつけてください）		

※訪問施設にはタクシーで移動します。現地に直接行かれても構いません。  
（参加申込書「バス利用（無料）」の「有・無」を選択してください。）

## ○お申込み・お問い合わせ先○

社会福祉法人 山口県社会福祉協議会（山口県福祉人材センター）

〒753-0072 山口県山口市大手町9-6

TEL (083) 922-6200 FAX (083) 922-6652

