

(様式1)

送付先 FAX 番号：083-922-6652

※郵送又は来所による提出も可。

## 再就職支援研修会（オーダーメイド型介護技術研修会）申込書

		申込日		年 月 日	
フリガナ				性 別	
氏 名				生年月日	西暦 年 月 日 ( 歳 )
住 所	〒 -				
連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 番 号：_____ 連絡可能な時間帯：( )				
経 験 等	※有の場合 福祉職勤務経験： 有 ・ 無 経験年数：____年 職種：_____				
福祉資格関係 (お持ちの場合、 該当に○印)	<input type="checkbox"/>	介護福祉士	<input type="checkbox"/>	介護支援専門員	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	社会福祉士	<input type="checkbox"/>	介護職員初任者研修	<input type="checkbox"/>
	(旧) ホームヘルパー養成研修 1 級・2 級				
	その他 ( )				
離職介護福祉士 等届出登録	有 ・ 無				
求職登録	有 ・ 無				
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)				
参加動機 (該当に○印)	<input type="checkbox"/>	福祉の仕事に就きたい		<input type="checkbox"/>	実務の再実習
	<input type="checkbox"/>	知識・技術を学びたい			
	<input type="checkbox"/>	その他 ( )			
研修会で質問 したい内容	※研修テーマに関して、質問や不安に感じていることがあればご記入ください。				

参加を希望する研修日すべてに○をつけてください。

①	11月11日(月) 研修 ①	
②	11月19日(火) 研修 ②	
③	11月21日(木) 研修 ③	

◇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