

(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	<u>〒</u> _____					
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	<small>※有の場合</small> 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"/>	介護福祉士実務者研修
	<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
	<input type="checkbox"/>	その他 (_____)				
離職介護福祉士等届出登録	<input type="checkbox"/> 有 • <input type="checkbox"/> 無					
求職登録	<input type="checkbox"/> 有 • <input type="checkbox"/> 無					
参加中の皆さん様子(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	<input type="checkbox"/> 同意する • <input type="checkbox"/> 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	<small>※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。</small>					

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