

再就職支援研修会 (オーダーメイド型技術研修会申込書)

	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	□ 自宅 □ 携帯 番 号： _____ 連絡可能な時間帯： ()	
一 般	<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)	介護福祉士	介護支援専門員
	社会福祉士	介護職員初任者研修
	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)	福祉の仕事に就きたい	実務の再実習
	知識・技術を学びたい	
	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。	

参加を希望するコースに○をつけてください。

①		
②		

◇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