

平成30年太陽の村ケアスクール介護福祉士実務者研修 申込書

令和 年 月 日

ふりがな 氏名			性別	男 ・ 女
生年月日	S ・ H 年 月 日 ()才			
住所	〒 ー			
	TEL		E-mail :	
現在の勤務先	勤務先名			
	所在地 〒 ー			
	TEL E-mail :		FAX	
勤務先業種 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 訪問系事業所 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 障害者施設 <input type="checkbox"/> その他()			
経験年数 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 0～1年未満 <input type="checkbox"/> 1年～3年未満 <input type="checkbox"/> 3年以上 (年 月)			
介護サービスに係る資格等	<input type="checkbox"/> ヘルパー3級のみ <input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 初任者研修修了 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修修了 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修(1号・2号) <input type="checkbox"/> 認知症実践者研修			
添付書類 (本人確認用)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他			
スクール会場	<input type="checkbox"/> 小牧教室 <input type="checkbox"/> 朝宮教室			