

申込日 令和 8 年 月 日

受講者氏名 自宅住所等	フリガナ		性 別	男 ・ 女
	氏 名		生 年 月 日	
			昭和・平成 年 月 日 生	
	住 所	〒 _____		
	※ ↓電話連絡が行えない際の連絡手段とさせていただきますので、ご記入ください。			
	メールアドレス ヨミガナ	(アルファベットのカタカナ読み)		
メールアドレス				
＊緊急時に連絡の取れる番号 TEL _____				
勤 務 先 または学校名	名 称			
	住 所	〒 _____		
	TEL _____		FAX _____	
仕事の内容	1. 福祉用具貸与、販売 2.市町村等公的機関の職員 3. 介護職（在宅、施設含む） 4. 介護支援専門員 5. 医療関連 6. リハビリ関連 7. 学生 8. 建築関連 9. その他(_____)			
1.とお答えの方	具体的な仕事内容(_____)		経験年数	_____
福祉・介護関連の所持資格				
受講の動機	1. 現在の仕事に生かしたい 2. 転職し福祉の仕事を考えている 3. 家族、将来のため 4. これからの勉強のため 5. 直接現在の仕事には関係ないが、興味がある 6. その他(_____)			
受講通知郵送先	1. 自 宅		2. 勤務先	

※開催が決定次第、郵送にて「受講決定通知」をお送りします。