

介護職員初任者研修 受講申込書

登録No.

申込日 年 月 日

お申込み コース	月	日
該当するコースに○をつけてください		
平日コース	/	土日コース
	/	夜間コース

フリガナ	性別	生年月日	昭・平	年	月	日
氏名	男 女		西暦(年)	(歳)
現住所	〒 都 道 市 府 県 郡					
電話番号	携帯 電話番号		FAX番号			
メールアドレス	@					
お支払い 方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込	振込予定日 月 日	<input type="checkbox"/> クレジットカード	お支払回数 回払い		
介護職 経験	現在お勤め施設 (施設形態)		<input type="checkbox"/> 有る	<input type="checkbox"/> 無い		

当校を初 めて知った きっかけ	<input type="checkbox"/> Twitter	<input type="checkbox"/> 受講生・卒業生からの紹介	<input type="checkbox"/> 知人の紹介
	<input type="checkbox"/> Facebook	紹介者氏(様) (受講生以外)
	<input type="checkbox"/> 当校ホームページ	<input type="checkbox"/> お勤めの施設	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 当校からの案内(ダイレクトメール・電話など) 施設 () ()		
選んだ 理由・動機	<input type="checkbox"/> 金額が安い	<input type="checkbox"/> スクーリングの回数が少ない	<input type="checkbox"/> 自宅から近い(交通の便が良い)
	<input type="checkbox"/> 就職支援がある	<input type="checkbox"/> 対応の良さ	<input type="checkbox"/> 評判の良さ
	<input type="checkbox"/> その他()		
受講の 理由・動機	<input type="checkbox"/> 就職に有利だから	<input type="checkbox"/> 職業上必要があったから	<input type="checkbox"/> 介護福祉士国家試験を受験するため
	<input type="checkbox"/> 知識として持ちたかった <input type="checkbox"/> その他()		
現在の ご職業	<input type="checkbox"/> 介護職員	<input type="checkbox"/> 会社員	<input type="checkbox"/> パート
	(介護職除く アルバイト)		<input type="checkbox"/> 無職
	<input type="checkbox"/> 学生	<input type="checkbox"/> 自営業	<input type="checkbox"/> 主婦
	その他		
就職支援	<input type="checkbox"/> 就職面接を希望する		
希望就職 時期	<input type="checkbox"/> 資格取得後すぐ	<input type="checkbox"/> 資格を取り	<input type="checkbox"/> 今のところ就職は
	ながら考える		<input type="checkbox"/> 現在就業中
	<input type="checkbox"/> 就業先決定済み		
	<input type="checkbox"/> 考えていない		

当校 記入欄	入金 確認日	お申込み 確認連絡 <input type="checkbox"/>	案内送付 <input type="checkbox"/>	その他
-----------	-----------	---------------------------------------	-------------------------------	-----

担当者:

(有)ウェルフェア
鹿児島介護福祉アカデミー・ウェルフェア

〒890-0056
鹿児島市下荒田1丁目8-11
TEL 099-286-0702 FAX 099-286-0703