

基礎・入門講座 受講申し込み書

ファックス 0561-56-8671 又は、郵送でご返信ください。

*フリガナ		*生年月日	
*お名前		S H	
		年 月 日(満)歳	
ご連絡先	*ご住所 〒 -		
	*(電話) () -		(ファックス) () -
	*(携帯) () -		
	(携帯メール及びeメールアドレス)		
現職及び所属団体名(会社名)			

- ※ *印は必ずご記入下さい。
- ※ 本紙の情報は、本講座以外の用途に用いません。
- ※ 下記は、簡単なアンケートです。ご回答ください(自由記入ですので、支障があると考えられた場合は、ご記入いただかなくても結構です)。

《アンケート欄》

● 主な志望の動機(複数回答可)

- 就職に役立てたい 転職に役立てたい 家庭の介護に役立てたい
- スキルアップを図りたい 介護の現場で資格取得を勧められている
- 福祉の勉強がしたい 人との交流がしたい
- 資格をより多く取りたい その他()

● この講座のことをどちらでお知りになりましたか?

- 募集チラシ(広報/その他) 弊社ホームページ
- 友人・知人 職場 その他()
- 紹介者()

※どなたかのご紹介の場合、所属団体名(所属事業所名)と紹介者のお名前を記入してください。

☆ご協力たいへんありがとうございました!☆

- ※ どなたかお知り合いの方に、本紙をコピーしてご活用いただいても結構です。