

社会福祉法人尚生会 介護職員初任者研修〔通信課程〕

受講申込書

後日写真添付

介護職員初任者研修事業の受講を申し込みます。

平成 年 月 日

フリガナ		※受講番号
氏名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日(歳)	
住所	〒 TEL	
勤務先 (学校)	TEL	
受講希望理由	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
取得後の就業意向について	<p>・就業を希望する ・就業を希望しない ・既に他事業所にて就業中</p> <p>※尚生会グループへの就職を希望する方は、就業希望先に○を記入して下さい。</p> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px;"> <p>①かさまグリーンハウス ②ケアハウスかさま ③訪問介護センターかさま</p> <p>④グリーンハウスともべ ⑤グリーンハウスみと ⑥グリーンハウスとちぎ</p> <p>⑦グリーンハウスやまうち ⑧グリーンハウスひたちなか ⑨ケアセンターいずみ</p> <p>⑩通所介護センターかさま ⑪認知症高齢者グループホームかさま</p> <p>⑫グリーンハウス陣屋</p> </div>	
備考		