

受講申込書

ふりがな 氏 名 (男・女)	生年月日(西暦でご記入ください) 年 月 日(歳)
勤務先・学校名	
郵便番号 -	
住所	
電話番号 - -	携帯電話番号 - -
知的障がい者(児)と関わった経験 有・無	
コミュニケーション実習希望日(下記日程から必ず第3希望日までご記入ください) 10月18日(水)、19日(木)、20日(金)、23日(月)、24日(火)	
第1希望日: / 第2希望日: / 第3希望日: /	
外出介助実習希望日(下記日程から必ず第3希望日までご記入ください) 10月25日(水)、26日(木)、27日(金)、30日(月)、31日(火)	
第1希望日: / 第2希望日: / 第3希望日: /	
取得されている福祉系資格(チェックを入れてください) <input type="checkbox"/> 全身性ガイドヘルパー <input type="checkbox"/> ホームヘルパー()級 <input type="checkbox"/> 居宅介護従業者 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護従業者 <input type="checkbox"/> 行動援護従業者 <input type="checkbox"/> 同行援護従業 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事任用 <input type="checkbox"/> その他()	
受講動機	
資格取得後のご予定(お申込み段階で構いません)	
当養成研修をどちらでお知りになりましたか? <input type="checkbox"/> 花の会ホームページ <input type="checkbox"/> 花の会店舗() <input type="checkbox"/> twitter <input type="checkbox"/> 施設(施設名) <input type="checkbox"/> 学校(学校名) <input type="checkbox"/> その他()	

FAX番号:072-669-9518

郵送先:〒569-0803

高槻市高槻町4番17号

社会福祉法人 花の会 サポートセンター はいびすかす 苑

申込締切日
2023年10月12日(木)
必着