2021 年度　　医療法人資生会　介護職員初任者研修通信課程

【 申 込 書 】

スナップ可
写真貼付欄

・医療法人資生会 HP 上の「学則」を読み、申込み致します。　記入日　2021 年　月　日

フリガナ 氏　名		性別	男 ・ 女
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日 生　（満　　歳）		
住　所	〒　　－		
電話番号	（自宅） （　　）　　－	（携帯電話） －　　－	
通学手段	（該当箇所全てに✔印を記入下さい） □バス　□自転車　□二輪車　□徒歩 □マイカー希望　□その他（　　）		
福祉関連経験	（該当箇所全てに✔印を記入下さい） □福祉施設や事業所での勤務経験あり □ボランティア活動の経験あり □町内や地域組織での福祉的活動経験あり □特になし □その他（　　）		
入学時の状況	□会社員 □その他の就業（自営業等） □学生　□その他（主婦・無職　等）		
受講の動機	（ご自由に記載下さい）		
備　考	（特記事項があれば記入願います）		
当講座をお知りになった方法	□折込チラシ　（入手場所：　　）　□友人から □ホームページ　□その他（　　）		

お申し込みは郵送でお願い致します。

〒066-0067　千歳市桂木１丁目５番６号　医療法人資生会　千歳病院　担当　岩渕

電話　０１２３－４０－０７００

医療法人　資生会【介護職員初任者研修通信課程】