

平成 29 年度中高年齢者等への入門的研修事業  
**介護の入門的研修 (STEP1) 参加申込書**

平成 年 月 日

氏 名	フリガナ	性 別	男 ・ 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)		
住 所	〒		
電話番号	携帯： — —	自宅： — —	

参加会場	<input type="checkbox"/> 浜田会場
参加日程	<input type="checkbox"/> 両日とも参加 ・ <input type="checkbox"/> 1日目のみ ・ <input type="checkbox"/> 2日目のみ

※定員を超える申込みがあった場合は、2日間受講可能な方を優先します。

申し込みの動機	
---------	--

学んでみたい事や 知りたい事等	
--------------------	--

託児希望	<input type="checkbox"/> 希望する ・ <input type="checkbox"/> 希望しない
------	--

在 職 状 況	<input type="checkbox"/> 無職 ・ <input type="checkbox"/> 在職中 … <input type="checkbox"/> 福祉職場 ・ <input type="checkbox"/> 福祉職場以外
介護の資格	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 福祉職歴
	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

○申込まれる際は、ホームページ等で開催要項をご確認ください。  
 ホームページ <https://www.shimane-fjc.com/>

○お申込みは、本書に記入のうえ、ご持参または、郵送、FAX してください。  
 ※郵送される場合は、控えをとっておかれることをお勧めします。

※申込者の個人情報は、本事業に関係する事務手続き等を行う目的で使用し、他の目的で使用することはありません。  
 管理については本会「個人情報保護規程」に基づき適切に行い、無断で第三者に提供することはありません。

《 申 込 み ・ 問 合 せ 先 》

島根県社会福祉協議会 島根県福祉人材センター 石見分室

〒697-0016 浜田市野原町 1826-1 いわみーる

TEL : 0855-24-9340 FAX : 0855-24-9341 E-mail : jinzai-iwami@fukushi-shimane.or.jp