

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 (STEP2) 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	

託児助成希望	<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 (福祉職場 ・ 福祉職場以外)		
介護の資格	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	福祉職歴	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

○申込まれる際は、島根県福祉人材センターの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、島根県福祉人材センターまでご持参または、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  
 〒690-0011 島根県松江市東津田町 1741-3 いきいきプラザ島根 2F  
 TEL : 0852-32-5957 FAX : 0852-32-5956 E-mail : jinzai@fukushi-shimane.or.jp