

本人確認有り 運転免許証又はパスポート、学生は、学生証の提示を求めます。

運転免許証	
パスポート	
学生証	
その他	

ご希望日程をお書き下さい。

第1回	
第2回	
第3回	
第4回	

福祉用具専門相談員養成研修課程 申込書

* 必ず自署で、書いて下さい。

NPO法人ライフサポート 楽楽
TEL0479-63-5036 FAX0479-63-5100

フリガナ 氏名	印	男・女	写 真 (スナップ写真で結構です)
生年月日・西暦(例1900.01.01) 両方記入下さい。			
和・平成 年 月 日生(歳)			
西 暦			
〒 -			
住 所			
電話番号(ご自宅) — —			
(FAX) — —			
(携 帯) — —			
(緊急連絡先) — —			
(Eメールアドレス)			
保有資格(介護関係)及び取得年月日			
就職希望の有 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ○ しるしを入れて下さい。			
老人介護 訪問介護 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 老人施設 <input type="checkbox"/>			
障害者介護 訪問介護 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 老人施設 <input type="checkbox"/>			
教育訓練給付制度を希望される方			
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ○ しるしを入れて下さい。			
既往症(簡単にご記入ください)			
職歴・経歴(簡単にご記入ください)			