**令和元年度福祉のしごと講習　受講申込書**

**石川県福祉の仕事ﾏｯﾁﾝｸﾞｻﾎﾟｰﾄｾﾝﾀｰ　行** (FAX ０７６－２３４－１１５３）

**申込日　令和 ２ 年　　月　　日**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **男　・　女** |
| **氏　　名** |  |
| **連絡先****(※受講票の送付先となります。)** | 〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名： |
| TEL（　　　　）　　　－　　　　　 FAX（　　　　）　　　－　　　　 |
| **現在の就労状況****(○を記入)** | 就労中 | 未就労 | 学生 |
| 福祉分野 | 福祉分野以外 |
|  |  |  |  |
| **年　　齢** | 　　歳 | **福祉のしごと従事年数****(通算)（経験者のみ）** | 　　　　　　年　　　か月 |
| **希望コース****（○を記入）** | **応Aコース** | **応Bコース** | **応Cコース** |
| **③【1/30】** | **④【2/20】** | **③【1/31】** | **④【2/21】** | **③【1/24】** | **④【2/12】** |
|  |  |  |  |  |  |
| **福祉関係資格****記入欄****※該当に○印及び（　 ）内記入** | 1.介護福祉士 　2.実務者研修（介護職員）　 3.介護職員初任者研修4.介護職員基礎研修 　5.ヘルパー1級　 6.ヘルパー2級 　7.介護支援専門員8.社会福祉士 　9.精神保健福祉士 　10.社会福祉主事 　11.保育士　12.幼稚園教諭 　13.看護師　 14.准看護師 　15.栄養士 　16.調理師17.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）18.現在受講中の福祉資格（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※１　受講を希望されるコースごとに、受講希望日を１日選んでください（コースごとに複数

回開催いたしますが、同一の内容となります）。

※２　**連絡先が受講者宅と異なる場合は、必ず連絡先名称（事業所名など）をご記入ください。**

※３　定員の範囲内（各回２０名）で先着順に受講者を承認し、郵送にて受講票を送付いたし

ます。**定員超過等により受講できない場合は、あらかじめ電話等でご連絡いたします。**