

令和5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グセンター 行 (FAX 076-234-1153)

申込日 令和 年 月 日

フリガナ					受付NO:(福サポ記入)		
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 ※該当する欄に ○を記入	就 労 中		未就労	学 生			
	福祉分野	福祉分野以外					
年齢(年代)	歳(代)	福祉のしごと従事年数(通算) 【経験者のみ記入】		年	か月		
希望コース ※希望するコース 全てに○を記入	基 礎 編	基Aコース	①【7/14】	②【12/13】	/		
		基Bコース	①【7/19】	②【8/23】		③【9/6】	④【10/11】
		基Cコース	①【7/20】	②【8/24】		③【9/7】	④【10/12】
		基Dコース	①【7/28】	②【8/30】		③【9/13】	④【10/13】
	応 用 編	応Aコース	①【8/9】	②【9/20】	③【11/9】	④【12/6】	
		応Bコース	①【8/10】	②【9/21】	③【11/10】	④【12/7】	
		応Cコース	①【8/3】	②【9/27】	③【11/15】	④【12/15】	
	福祉関係資格 記入欄 ※お持ちの資格 全てに○印並び に()内を記入	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等 ())					

※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(10名又は16名)で先着順に受講を承認し、郵送にて受講票を送付いたします。
 なお、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。