FAX番号　0742-24-7625

FAX送信後、事前面談が必要なため 必ずお電話ください。

※受付日	※受付番号

FAX

介護職員初任者研修　申込書

〔必要事項を記入の上、該当するものに○印をつけてください〕　　令和　　年　　月　　日

ふりがな 氏　名		児童扶養手当の有無	有 ・ 無
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生（　　歳）	母子家庭の母・父子家庭の父・寡婦	
住　所	〒　　－		
電話番号	（　　）　　－　　／　携帯　　－　　－		
職　業	有 ・ 無	正規・非常勤・パート・派遣(ﾌﾙﾀｲﾑ)・派遣(短期・短時間)・自営・その他（　　）	
当センター事業の受講経験	有 ・ 無　（講習会名：　　）	当センターのバンク登録について	登録している（No.　　） ・ 登録していない
資格取得による就労希望	1．資格を取得したらすぐに就・転職したい 3．いずれ資格を活かして就・転職したい 5．その他（　　）	2．現在無資格で介護・福祉業務に就労している 4．当面介護・福祉関係の仕事に就く予定はない	
講習会を知ったのは	1．奈良県スマイルセンター 3．福祉事務所、市町村窓口 5．ハローワーク窓口	2．県民だより奈良・市町村広報誌 4．友人・知人 7．その他（　　）	

★申込面談希望日

スマイルセンター	希望日時を記入してください	月　　日（　　）　　時

★下記日程でも相談を行っています　　予約は前日の12時までにお願いします

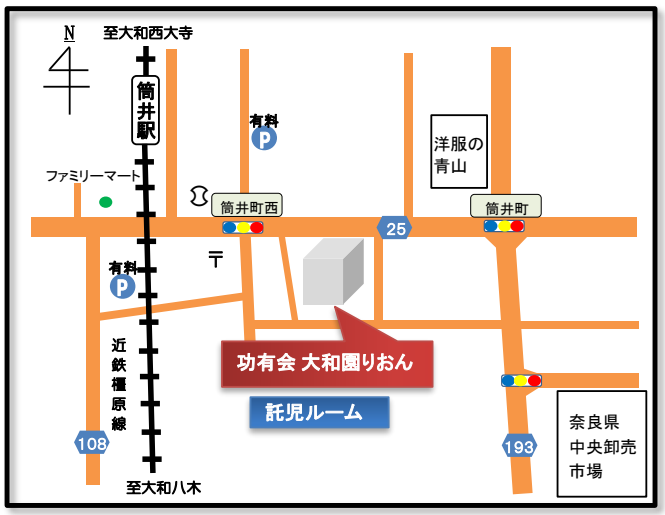
出張相談	希望日に○をつけてください	奈良市役所	高田iセンター	葛城市役所（當麻庁舎）	かしはらナビプラザ	生駒市役所	橿原総合庁舎
		9/5（木）	9/7（土）	9/13（金）	9/14（土）	9/18（水）	9/26（木）

※　上記日程以外をご希望の方はご相談ください。

★託児申込み

お子様の名前	ふりがな	年　齢	性　別
		歳　　ヶ月	男・女
		歳　　ヶ月	男・女

■ 講習会場



（社会福祉法人）　功有会

サービス付き高齢者向け住宅 **大和園りおん**

大和郡山市筒井町８８３－３

託児ルーム　　同館内