

令和3年度

社会福祉法人慶成会 介護職員初任者研修(通信) 受講申込書

宛先 〒431-1102 浜松市西区大山町 2958 番地の1
社会福祉法人慶成会
研修センター東山

(ふりがな)	生年月日	年	月	日(才)
(名前)	電話番号			
	連絡が取りやすい携帯番号等			
(ふりがな)				
(住所)	〒 - 静岡県			

現在のことを教えてください。

現在仕事をしていますか	はい	いいえ
介護の経験はありますか	① 介護事業所で働いた経験が 約 年 ヶ月	ある ない
	② 家族を介護した経験が 約 年 ヶ月	ある ない
	③ 介護現場でボランティアをした経験が	ある ない
介護・福祉の資格の所持について	① 介護・福祉等の資格を持っている () 生活援助従事者研修修了 () 社会福祉主事 () 社会福祉士 () 介護支援専門員 () 看護師 () 機能訓練士 () 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 () その他	
資格取得について	今後、介護福祉士の資格取得を () 目指している () 考えていない	
受講動機		