

本票のみFAX送信してください(別途送信票等は不要です)
(FAXまたは郵便にてお申込ください)

大分県福祉人材センター
(大分県社会福祉介護研修センター内) 進来 行
FAX 097-552-6868

大分県福祉人材センター 確認欄	
申込受付日	受講決定連絡日
/	/

令和3年度
介護職 再就職支援講習会

参加申込書

氏名	ふりがな	電話番号	日中連絡可能な携帯電話番号等ご記入ください。	
住所	〒		年代	歳代
資格	お持ちの資格に○をつけてください			
	ヘルパー2級	ヘルパー1級		
	介護職員基礎研修	介護職員実務者研修	介護職員初任者研修	
	介護福祉士	介護入門者研修	その他()	
介護職の経験	経験年数	経験した事業所種別に○をつけてください。		
	年	特別養護老人ホーム / 介護老人保健施設 / 有料老人ホーム		
	ヶ月	通所系(デイ) / 訪問系(ヘルパー) / 障がい者施設等		
その他()				
再就職に向けて心配なこと、知りたいこと等ありましたらご記入ください。(自由記載)				

* 参加申込書が当センターへ届き次第、1週間以内に、確認のTELを入れます。

* 申込後、1週間が経過しても電話連絡がない場合は、当センター(TEL097-552-6888)へお問い合わせください。

記載された個人情報は、研修事業関連の目的にのみ使用します。