|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| お 名 前 | フリガナ | **□**男　**□**女 |
|  |
| 生年月日 | 西暦　　　　 年　　　　 月　　　　 日 （**満** 　　　　才） | |
| ご 住 所 | 〒　　　　－ | |
| 日中の連絡先 | **□**携帯　　**□**ご自宅 **□**勤務先  電話番号　　　　　　　－　　　　　　　 － | |
| ご 職 業 | **□**福祉関連職員 　**□**公務員・会社員　　**□**自営業　 **□**無職 　**□**その他 | |
| 雇用形態 | **□**正社員　**□**契約社員 **□**ﾊﾟｰﾄ･ｱﾙﾊﾞｲﾄ　**□**その他（　　　　　 　　） | |
| 勤 務 先 | 勤務先名 | |
| 電話番号　　　　　　　－　　　　　　　－ | |
| 講 座 の  認知ルート | **□**募集チラシ　　**□**労福協ﾎ-ﾑﾍﾟ-ｼﾞ　　**□**各市町広報誌  **□**ご紹介（　　　　 　　　　　）**□**その他（　　　　　　　　　　　） | |
| **受講動機** | | |
|  | | |
|  | | |

**Ⅰ.全ての項目にご記入ください。□のいずれかに✓をご記入ください。**

**佐賀県労福協　第30回介護職員初任者研修　受講申込書**

**Ⅱ.援助や配慮を必要とされる方はご要望をご記入ください。（障がいに関わる内容など）**

|  |
| --- |
|  |

＊申込書に記載の個人情報は、本事業の運営・管理にのみ使用することとし、これ以外の目的では使用いたしません。

**【申込方法】… 「申込書」または「申込みフォ－ム」で受付けています。**

・「申込書」をご記入後、下記宛てに郵送かＦＡＸまたはEメールでお送り下さい。

申込ﾌｫ-ﾑはこちら

　・「申込みフォ－ム」をご利用の場合は、右コ－ドをお読取りください。



**【問合せ・申込先】**

**一般社団法人 佐賀県労働者福祉協議会**

住所：〒840-0804　佐賀市神野東四丁目７－３

TEL：0952-32-1243　 FAX：0952-32-1224

Eﾒｰﾙ rofuku.kaigo-saga@xsj.biglobe.ne.jp

**≪申込み締切日≫　7月１8日（金）必着**