

第12期 庄原市介護サポーター 養成研修 受講申込書

申込日	令和 年 月 日	
フリガナ		性別
名前		男 ・ 女
電話番号	自宅 ( )	
	携帯 ( )	
住所	〒 庄原市	
生年月日	昭和・平成 年 月 日	( 歳) ※申込時の年齢をご記入ください
アンケート	<p>■ 以下のアンケートにお答えください（該当するものに○印をつけてください）</p> <p>1. 普通自動車免許をお持ちですか？ はい ・ いいえ</p> <p>2. 介護施設等で仕事をしたことはありますか？ ある ・ ない ※ある場合は、その仕事の内容( )</p> <p>3. 介護に関する資格をお持ちですか？ ある ・ ない ※ある場合は、その資格名( )</p> <p>4. 今後、この資格を活かして、介護の仕事に就労する希望はありますか？ ある ・ ない ・ 未定</p> <p>5. この講座を何で知りましたか？ 市のホームページ ・ ポスター ・ チラシ ・ 住民告知放送 ・ 市の公式LINE</p>	
志望動機	この研修を受講しようと思われた動機をお書きください。	

※この申込書は、本研修以外の目的には利用いたしません。

【申込締切】	令和6年11月15日(金) ※必着
【提出先】	〒727-8501 庄原市中本町一丁目10-1 庄原市役所 生活福祉部 高齢者福祉課 介護保険係 電話：0824-73-1167 FAX：0824-75-0245 メール：kourei-kaigo@city.shobara.lg.jp

(市記入欄) 受付No.