

平成 23 年度 介護福祉士離職者の復職支援講習会申込書

鹿児島医療福祉専門学校 介護福祉学科 行

FAX 099-281-9913

(郵送の場合は、〒890-0034 鹿児島市田上 8 丁目 21 番 3 号
鹿児島医療福祉専門学校 介護福祉学科 宛)

【個人情報の取り扱いに関する同意事項】
お預かりした個人情報につきましては、本講習会の受講票発送及び講師への事前の情報提供のみに使用いたします。申込者の個人情報を申込者の同意なく、本校以外の第三者に開示・提供することは致しません。上記内容に同意して、講習会を申し込みます。

フリガナ				性別	男 ・ 女	年齢	歳
氏 名							
住 所	〒 ー						
連絡先 電話番号	自宅				携帯		
託児の有無	不要 ・ 必要 (子どもの人数 人・年齢: 歳)						
介護福祉士 資格取得年	平成 年取得 (介護福祉士養成校卒 ・ 国家試験合格)						
勤務経験等	勤務先施設種別 (施設名は記載しないでください。)				勤務年数 (概算で可)		
	(例) 介護老人保健施設				約 5 年 6 ヶ月		
	①						
	②						
	③						
	④						
	⑤						
介護職の 離職年数	約 年 ヶ月 (平成・昭和 年頃離職)						(通算)
その他連絡事項等							