

# リアンズ介護員養成研修 申込書

受付番号

株式会社アディア

介護職員初任者研修担当者 様

私は、株式会社アディアが運営する介護職員初任者研修の受講を申し込みます。

申 込 日	平成      年      月      日			
(フリガナ) 氏 名	姓		名	性 別 男・女
	〒      -			
住 所				
生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日 生
電 話 番 号	自宅 (      )      -		・携帯電話 (      )      -	
職 業	<input type="checkbox"/> 福祉施設職員 ( <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> その他 (      ) <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 (      )			
介護の経験	1.職業として (実務経験:      年      ヶ月以上) <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> その他 (      ) 2.家族のため (約      ヶ年以上)			
受講理由	・ ・			
※保護者名	(印) ※未成年の方が申込の場合は保護者名を必ず記入のうえ捺印をお願いします。			
支払方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 現金			
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本、戸籍抄本または住民票 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード等			

※ 今回提供いただきますデータは個人情報です。この事業以外には使用いたしません。

アンケートにご協力ください。該当する□にチェックをいれてください。

この講座を何でお知りになりましたか？

- 広告   チラシ   ホームページ   職員から聞いた   職員以外から聞いた  
その他 (      )

この講義を選んだ理由・動機はなにですか？(複数可)

- 金額が安い   システムが自分にあっている   自宅から近い   受講料還付制度がある  
その他 (      )

資格取得後は福祉関係での仕事を考えておられますか？

- はい ( 施設   通所サービス   在宅サービス   その他 (      ) )  
いいえ