

FAX送信先 088-665-5551

介護員養成研修(生活援助従事者研修)

受講申込書

公益社団法人徳島県シルバー人材センター連合会 宛

申込日 平成 年 月 日

ふりがな				性別	男 ・ 女		
氏名							
生年月日	昭和	年	月	日	年齢	満	歳
住所	〒						
連絡先	-	-	携帯	-	-		
シルバー人材センターの 会員ですか？	1. はい	センター名 (シルバー人材センター)					
		入会日(年 月 日)					
	2. いいえ	現在、就業していますか？している場合、 仕事の内容を記入して下さい。 ・はい () ・いいえ					
		会員になる意志はありますか ・ある (時期:) ・ない					
申し込みの きっかけ (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> ハローワーク	<input type="checkbox"/> 新聞折込チラシ	<input type="checkbox"/> シルバー人材センター	<input type="checkbox"/> その他 ()			

※この申込書は、研修受講者の決定及び決定者への研修に係る諸連絡を実施するために記入していただくものです。ご記入いただきました個人情報は、地域医療介護総合確保基金事業の目的以外には使用いたしません。なお、個人情報の取扱いについては、「個人情報保護方針」を公益社団法人徳島県シルバー人材センター連合会ホームページ等でご確認ください。