

本票のみFAX送信してください(別途送信票等は不要です)
(TELの場合は、097-552-6888へお問い合わせください)

大分県福祉人材センター
(大分県社会福祉介護研修センター内) 大城 行
FAX 097-552-6868

大分県福祉人材センター 確認欄	
申込受付日	受講決定連絡日
/	/

令和6年度介護職再就職支援講習会

参加申込書

氏名	ふりがな	電話番号	日中連絡可能な携帯電話番号等ご記入ください。	
住所	〒		年代	歳代
保有資格	お持ちの資格に✓をつけてください			
	<input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 介護職員実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護入門者研修 <input type="checkbox"/> その他()			
介護職の経験	経験年数	経験のある事業所種別に✓をつけてください。		
	年 ヶ月	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 通所系(デイ) <input type="checkbox"/> 訪問系(ヘルパー) <input type="checkbox"/> 障がい者施設等 <input type="checkbox"/> その他()		
再就職に向けて心配なこと、知りたいこと等ありましたらご記入ください。(自由記載)				

- * FAXまたは郵便でお申込の場合は、参加申込書が当センターへ届き次第、1週間以内に、確認の電話をします。
- * 申込後、1週間が経過しても電話連絡がない場合は、当センター(TEL:097-552-6888)へお問い合わせください。