

受付締切 5月18日(金) 必着

お 名 前	フリガナ
	氏 名
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生(満 才)
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
現 住 所	〒 -
電 話 番 号	( )
ご 職 業	<input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 福祉施設職員 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他 ( )
勤務先・電話番号	会社名..... 電話番号 ( )
昼間の連絡先	連絡先名..... 電話番号 ( )

■選考の際の参考にしますので、ご記入下さい。

受講希望の動機 (受講の動機を下記の(ア)~(キ)より優先順にお書き下さい).....

1. .... 2. .... 3. .... 4. ....

(ア) 現在業務上で受講が必要	(オ) 介護の勉強がしたい
(イ) 現在身内の介護に必要	(カ) ボランティア活動に活かしたい
(ウ) 将来身内の介護に役立てたい	(キ) その他 (下記にご記入下さい)
(エ) 就職・転職のため	

(その他.....)

\*尚、受講申込書に記載されている個人情報につきましては選考に関する以外の目的には利用致しません。

送付先：〒840-0804 佐賀市神野東4-7-3  
(社)佐賀県労働者福祉協議会  
TEL：0952-32-1243 / 32-1530