

介護職員初任者研修受講申込書

申込日: 年 月 日

ぐらしき総合福祉専門学校

フリガナ				印	写真貼付欄 ・上半身正面 ・最近3ヶ月以内に撮影のもの ・縦4cm×横3cm ・写真の裏面に氏名を記入して下さい。	
氏名						
生年月日	年	月	日生			
年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
現住所	〒 ー					
保護者名 ※1		保護者 年齢			歳	
電話番号 (自宅)		携帯番号				
最終学歴				年	月卒業	
職歴				年 月	～	年 月
				年 月	～	年 月
				年 月	～	年 月
				年 月	～	年 月
				年 月	～	年 月
勤務先 (現職) または 学校名	名称					
	学科名 ※2	科				
	住所	〒 ー				
	電話番号					

【注意】 □の欄はし点を記入して下さい。また、年号は西暦でご記入願います。

※1 「保護者名」「保護者年齢」は受講生本人が未成年の場合にご記入ください。

※2 「学科名」は大学、短大、専門学校、高等学校に通学中の方のみご記入ください。

※3 マンション・アパートにお住まいの場合はその名称までご記入下さい。