

シニアメディカルサービス **行動援護従業者養成研修受講申込書**

受付番号	
------	--

私は、行動援護従業者養成研修の受講申込にあたり、学則の内容を確認の上、規律を遵守することを誓約いたします。(誓約いただける方は、同意の上、以下をご記入ください。)

申込年月日

		年 月 日	
受講講座	行動援護従業者養成研修		
フリガナ			
氏名			
生年月日	(西暦) (和暦)年 月 日(歳)	性別	写真 (4cm × 3cm)
フリガナ			
住所	(〒)		
電話番号		緊急連絡先	(お名前)
携帯番号			(続柄)
学校名			(電話番号)
保護者氏名 (受講生が未成年の方)			
介護経験	有(年 月)・無		
本人確認	運転免許所・保険証・パスポート・その他()		

※今回、提供いただきました個人情報は、大阪府行動援護従業者養成研修登録以外には使用いたしません。

株式会社シニアメディカルサービス
 大阪市都島区片町1-5-13 大手前センチュリービル1階
 TEL: 06-6354-7801、FAX: 06-6354-7804

シニアメディカルサービス 同行援護従業者養成研修受講申込書

受付番号	
------	--

私は、同行援護従業者養成研修の受講申込にあたり、学則の内容を確認の上、規律を遵守することを誓約いたします。**(誓約いただける方は、左上の口にチェック印を記入下さい。)**

申込年月日

		年 月 日
受講講座	同行援護従業者養成研修	
フリガナ	写真 (4cm × 3cm)	
氏名		
生年月日		
(西暦) (和暦)年 月 日(歳)	性別	
フリガナ		
住所	(〒)	
電話番号	緊急連絡先	(お名前)
携帯番号		(続柄)
勤務先・学校名		(電話番号)
	高校(年生)	
介護経験	有(年 カ月)・無	
本人確認(コピー添付)	運転免許書・健康保険証・パスポート・年金手帳・その他()	
資格取得後の予定		
本講座受講の理由	サービス提供責任者として必要なため・スキルアップ・家族の介護に役立てたい その他()	

※今回、提供いただきました個人情報については、本講座受講以外には使用いたしません。

株式会社シニアメディカルサービス

大阪市都島区片町1-5-13 大手前センチュリービル1階

TEL06-6354-7801 FAX06-6354-7804

シニアメディカルサービス 介護職員初任者研修受講申込書

受付番号	
------	--

□ 私は、介護職員初任者研修の受講申込にあたり、学則の内容を確認の上、規律を遵守することを誓約いたします。**(誓約いただける方は、左上の□にチェック印を記入下さい。)**

申込年月日

R 年 月 日

受講講座	介護職員初任者研修			写真 (4cm × 3cm)
フリガナ				
氏名				
生年月日	(西暦) (和暦)年	月	日 (歳)	性別
フリガナ				
住所	(〒)			
電話番号		緊急連絡先	(お名前)	
携帯番号			(続柄)	
勤務先・学校名	高校(年生)		(電話番号)	
保護者氏名 (受講生が未成年の方)				
介護経験	有(年 力月) ・ 無			
本人確認書類	運転免許書・健康保険証・パスポート・年金手帳・その他()			
資格取得後の予定				
本講座受講の理由	福祉の仕事に就きたい・資格取得・家族の介護に役立てたい その他()			

※今回、提供いただきました個人情報については、本講座受講以外には使用いたしません。

株式会社シニアメディカルサービス

大阪市都島区片町1-5-13 大手前センチュリービル1階

TEL06-6354-7801 FAX06-6354-7804