

武蔵野市認定ヘルパー養成研修申込書

令和 年 月 日

公益財団法人武蔵野市福祉公社
理事長 森安 東光 殿

下記のとおり、武蔵野市認定ヘルパー養成研修受講について申し込みます。

住 所	〒 ー		
氏 名	フリガナ 印		
性 別	1. 女 2. 男	電話番号	自宅 () 携帯 ()
生年月日	昭和 平成 年 月 日生 満 歳		
職業の有無	・ 有（職種： ） ・ 無		
保有資格	・ 介護福祉士 ・ 実務者研修修了 ・ 介護職員初任者研修修了 ・ 介護職員基礎研修修了 ・ 訪問介護員1級課程修了 ・ 訪問介護員2級課程修了 ・ 訪問介護員3級課程修了 ・ 保健師 ・ 看護師 ・ その他の医療、介護に関する資格 ()		
研修の受講動機	① 地域貢献 ② 介護の仕事に興味があった ③ 家族の介護に備えて勉強したかった ④ 目的はまだ明確ではないが知識を得たかった ⑤ 家族・知人に勧められた ⑥ その他		
研修で学びたいこと			
そ の 他			