

介護のお仕事復帰セミナー 参加申込書

ふりがな				性別	男・女	年齢	歳
氏名							
住所	〒 ー						
電話	自宅				携帯		
所有資格等 ※お持ちの資格等全てに○をつけてください	ホームヘルパー1級 介護職員基礎研修 その他福祉関係の資格（		ホームヘルパー2級 介護職員実務者研修		介護職員初任者研修 介護福祉士 ）		
介護職の就労経験	有・無		（有の場合） 通算経験年数		年		
希望地区 ※参加希望の地区に○をつけてください	<福岡地区> 日 時：令和3年12月10日（金） 会 場：クローバープラザ（春日市原町3-1-7）						
	<北九州地区> 日 時：令和3年12月14日（火） 会 場：KMMビル（北九州市小倉北区浅野2-14-1）						

※個人情報の取り扱いについて：申込書に記載された個人情報は取り扱いに充分注意し、運営管理項目にのみ利用いたします。

※本申込書は[FAX (092-584-3319)] いただくか、又は下記あて郵送してください。

郵送先 〒816-0804 春日市原町3-1-7 福岡県社会福祉協議会 福祉人材センター

※申込書をFAXまたは郵送いただいた時点で、受付完了です。決定通知を送付いたします。

受付できない場合のみ本会から連絡します。

※申込締切は各地区開催日の1週間前までです。各地区とも申込先着順で定員になり次第締め切らせていただきます。

※新型コロナウイルス感染拡大防止のため、会場の変更及び中止する場合があります。