

くまもと成城病院(旧竜山内科リハビリテーション病院)黒田宛

〒861-8072 熊本市北区室園町10-17

TEL 096-344-3311 FAX 096-344-3312

令和2年(春季)介護職員初任者研修(旧ヘルパー2級養成講座)
受講申込書

ふりがな	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 歳 4/15現在
性別	男 ・ 女 *○で囲んでください
ふりがな	
郵便番号	〒
住所	
電話番号	
FAX番号	
職業 (勤め先)	
介護の経験と受講する動機	
病院または施設の就職斡旋(看護助手、ホームヘルパー等)を希望しますか？	希望する ・ 希望しない *○で囲んでください
通学時、当院駐車場を利用しますか？	利用する ・ 利用しない *○で囲んでください バイク通学の場合は「バイク」、自転車通学は「自転車」と書いてください
当院の講座は何を見て、あるいは聞いて申し込まれましたか？	<input type="checkbox"/> リビング新聞 <input type="checkbox"/> 熊日スパイス <input type="checkbox"/> 求人案内 <input type="checkbox"/> 県庁ホームページ <input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他() * 該当する項目にチェック <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください 複数回答 可
申込日	令和 年 月 日