

別紙 1

稚内大谷学園北海道介護職員初任者研修課程（平成29年度）
受 講 申 込 書

申込日 平成29年 月 日

学校法人 稚内大谷学園
理事長 吉 田 幸 麿 様

平成29年度 稚内大谷学園北海道介護職員初任者研修課程を受講致したく、下記の通り申し込みます。

尚、受講するにあたり、その目的に向け真摯な態度で臨み、全課程・全時間を受講することをお約束いたします。

記

ふりがな		性別
氏名	印	男・女
生年月日	2017年〔平成29年〕4月2日現在 西暦 年〔昭和・平成 年〕 月 日生（ 歳）	
所属団体名	※あてはまるものを○でかこんでください。 稚内大谷高等学校 ・ なし ・ その他()	
現住所	〒 - □□□□ 稚内市 _____ (TEL -)	
受講の動機 (該当番号に○)	1. 現在、介護職に従事している。 2. 将来、福祉・介護の職につきたい。 3. 将来、訪問介護活動のボランティアをしたい。 4. 家庭介護を必要とする人がいる。 5. 介護の知識・技能を身につけたい。	