

潜在的有資格者再就職支援研修 申込書

氏名				生年月日	昭和 平成	年	月	日
住所	〒							
	TEL ()			携帯 ()				
経験年数 (該当箇所に○をしてください)				離職期間 (該当箇所に○をしてください)				
なし	3年未満	3年以上 5年未満	5年以上 10年未満	なし	3年未満	3年以上 5年未満		
10年以上 15年未満	15年以上 20年未満	20年以上		5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上		
希望する 実習先	第1希望			第2希望				
実習希望日	第1希望 月 日～ 月 日			第2希望		月 日～ 月 日		
※ 実習先は、受講生の希望をもとに福祉施設と調整し決定します。 その他の希望は下記にご記入ください。								
[講師等への質問があればご記入ください。]								

申込締切 平成27年10月30日(金)