山口県介護福祉士会　行き　　FAX　０８３－９８７－０１２４

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の上、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２８年１０月２４日（月）