

平成29年度 ホームヘルパーのための精神障がい基礎講座 申込用紙

申込日 平成 29 年 月 日

ふりがな																										
氏名	男・女	生年月日	昭和・平成	年 月 日 (歳)																						
住所	〒 ー																									
電話番号			携帯番号																							
事業所名 学校名																										
所有資格等	介護福祉士 ホームヘルパー(級) 介護職員基礎研修課程修了者 介護福祉士実務者研修課程修了者 介護職員初任者研修課程修了者																									
精神障がい者の援助経験の有無	有の場、どんな援助かご記入ください。 有 ・ 無 <input type="text"/>																									
実習	希望する ・ 希望しない																									
志望動機																										
実習希望日	<p>実習に参加可能な日に○をしてください。時間は9時～16時を予定しています。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">11月</td> <td></td> <td></td> <td>8日</td> <td>9日</td> <td>10日</td> </tr> <tr> <td>13日</td> <td>14日</td> <td>15日</td> <td>16日</td> <td>17日</td> </tr> <tr> <td>20日</td> <td>21日</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					月	火	水	木	金	11月			8日	9日	10日	13日	14日	15日	16日	17日	20日	21日			
	月	火	水	木	金																					
11月			8日	9日	10日																					
	13日	14日	15日	16日	17日																					
	20日	21日																								

※実習先は、希望日で施設と調整し決定します。実習先によって時間が多少異なることがあります。

FAXで申込をする場合は・・・
三鷹市社会福祉協議会 在宅サービス係
FAX 0422-71-2053