

社会福祉法人みどり市社会福祉協議会 令和6年度 日常生活自立支援事業 生活支援員養成講座申込書		※受付番号				
フリガナ 氏 名		生年月日 S H . .	性別 男 ・ 女			
住 所 〒 — 電話番号 () —						
通知送付先 (住所以外の場合に記入) 住 所 〒 —						
職 業 以前の職業等 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> 会社員 () <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 福祉施設職員 <input type="checkbox"/>				
資格・免許	<input type="checkbox"/> 普通自動車 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 看護師・准看護師 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/>			
応募の動機						
活動可能日 (活動可能な時間帯に○を記入してください)						
	月	火	水	木	金	その他
午前						
午後						
この講座を何で知りましたか (該当するものに○を付けてください)						
1 本会ホームページ 2 チラシ 3 X (旧Twitter) 4 その他 ()						