

小規模介護事業所合同就職面談会 9月5日(木)県央会場 参加申込書

太枠内に記入のうえ、FAX 019-637-9612

又は、080-1651-6201 までお申込みください。 担当:石田

※当日参加可能

申込年月日	令和 6年 月 日	事務局使用欄
ふりがな		
氏名	性別 (※)	
	生年月日 (西暦) 年 月 日 (歳)	
住所	〒	
連絡先	() (日中連絡の可能な連絡先をご記入ください)	
参加者の状況 アンケート	<p>該当する項目に○印や記入をお願いします</p> <p>①現在所有している介護の資格・免許について 有り ・介護福祉士 ・実務者研修 ・介護職員初任者研修 ・介護支援専門員 ・その他() 無し</p> <p>②現在の状況 ㊦就業中 (現在の職業・職種:) ㊧求職活動中 (雇用保険受給: 有り・無し) ㊨その他()</p> <p>③「面談会」で知りたいこと・聞きたいことは何ですか? (いくつでも可) ㊦ 介護福祉のしごとに就職(転職)したい ㊧ 最近の福祉・介護のしごとの状況を知りたい ㊨ 介護のしごとへの不安や悩みを解消したい ㊩ 介護の資格や取得方法について知りたい ㊪ その他 []</p>	

※ 電話でも申込みを受付しますので、その際は上記事項についてお伝えください。

※ 性別については任意

[個人情報の取扱い]

申込書をもって取得した個人情報は、岩手県社会福祉協議会が定めるプライバシーポリシーに基づき本面談会に関する業務以外の目的には使用しません。