小規模介護事業所合同就職面談会　9月21日(水)奥州会場　参加申込書

太枠内に記入のうえ、 ＦＡＸ　０１９－６３７－９６１２

又は、080-1651-6205までお申込みください。　　担当：稲田

※先着順、9月16日（金）締切厳守　※申込締切前でも定員に達し次第締切します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込年月日 | 令和４年　　　　月　　　　日 | 事務局使用欄 |
| ふりがな  　　氏　　名 | 性別  　 男 　　女  　　　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 | 該当する項目に○印や記入をお願いします  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  ②現在の状況 ㋐就業中　(現在の職業・職種：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  ㋑求職活動中（　雇用保険受給：　有り ・　無し 　）  ㋒その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  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）  ㋐　最近の福祉・介護のしごとの状況を知りたい  ㋑　介護のしごとへの不安や悩みを解消したい  ㋒　介護福祉のしごとに就職(転職)したい  ㋓　介護の資格や取得方法について知りたい  ㋔　その他 | |

* 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。

[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相談会に関する

業務以外の目的には使用しません。