

介護カフェ（9/4久慈会場）参加申込書

太枠内に記入のうえ、FAX 0194-52-7715

TEL 080-1651-6203 担当：城内までお申込みください。

(申込み締切り9月3日)

申込み年月日	令和7年 月 日	事務局使用欄
ふり 氏名	-----	
	生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	〒	
連絡先	()	(日中連絡の可能なご連絡先をご記入ください)
参加者アンケート	該当する項目に○印や記入をお願いします。	
	① 所有している福祉の資格・免許について	
	◆無	
	◆有 ・介護入門的研修・介護職員初任者研修 ・実務者研修 ・介護福祉士 ・介護支援専門員・その他 ()	
	②現在の状況 ②就業中 (現在の職業・職種 :)	
	①求職活動中	
	②その他()	
	③このカフェで知りたいことは何ですか？(複数回答可)	
	④ 最近の福祉・介護のしごとの状況を知りたい	
	⑤ 事業所の求人内容について	
⑥ 施設・事業所の見学について		
⑦ 「介護のしごと体験」について		
⑧ その他()		

お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。

個人情報の取り扱いについて

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。