【申込方法】電話・メール・FAX で受付（先着順／定員 各３０名）

下記の申込書に必要事項を記載し、申込書記載の締切日までに㈱ソラストへ FAX してください。
電話又はメールにてお申込みの場合は、申込書の内容をお知らせください。
※後日、㈱ソラストより受講案内を送付いたします。

【申込・問合せ】 ※この研修は、西宮市が株式会社ソラストに委託し、実施するものです。

株式会社ソラスト 教育事業部 営業課

FAX ： 06-6265-8560【24 時間】

T E L ： 06-6265-8555【平日 9:00～17:30】

メールアドレス ： kankyo@solasto.co.jp【24 時間】

住 所 ： 〒541-0056 大阪市中央区久太郎町 2-4-11 クラボウアネックスビル 8 階

申 込 書

西宮市『介護職再就職支援講習』

※申込締切 ：10 月 3 日（月）必着

① ご希望日程	☐ 3 日間全て（10/ 7・12・14） ※ 講習は 1 日単位でお申込みできます ☐ 1 日目（10/ 7） ☐ 2 日目（10/12） ☐ 3 日目（10/14）
② 氏名（ふりがな）	（ ）
③ 生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日（ 歳）
④ 住 所	〒
⑤ 電話番号	⑥ 携帯番号
A) 介護職の資格は何をお持ちですか？	☐ 初任者研修 ☐ 介護福祉士 ☐ 実務者研修 ☐ ヘルパー２級 ☐ ヘルパー１級 ☐ 基礎研修 ☐ 資格なし ☐ その他（ ）
B) 介護のお仕事の経験はありますか？	☐ あり（ 年 ヶ月） →ブランク期間（ 年 ヶ月） ☐ なし
C) 現在、お仕事はされていますか？	☐ 他職種で就業中 ☐ 就業していない ☐ その他（ ）
D) 介護のお仕事をお考えですか？	☐ すぐにでも働きたい ☐ 将来的に働いてみたい ☐ 既に決まっている ☐ 考えていない ☐ その他（ ）

※ □は該当箇所にチェック☑を入れてください