**【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】**

[**TEL ： 06-6265-8555**【平日9:00](TEL:06-6265-8555【平日9:00)～17:30】

**メールアドレス ：** [kankyo@solasto.co.jp](mailto: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 6日（金）必着**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **① ご希望日程** | **□ 3日間全て（10/ 13・18・25) 　　　※ 講習は1日単位でお申込みできます**  **□ 1日目（10/ 13) □ 2日目（10/18) □ 3日目（10/25)** | | |
| **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