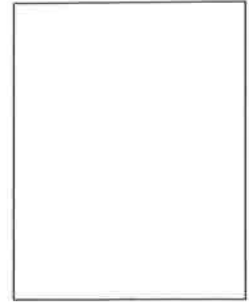


令和2年度一関市社会福祉協議会

# 介護職員初任者研修受講申込書

令和 2年 月 日

令和2年度介護職員初任者研修の受講について、下記の通り申込みます。



ふりがな 氏名	生年	年	月	日	性	男 ・ 女
	月日	(才)			別	
自宅住所	〒	TEL				
		FAX				
		携帯電話				
勤務先						
勤務先住所	〒	TEL				
		FAX				
資格等						
志望理由						
希望者研修について	研修終了後の現場研修を ( 希望する ・ 希望しない )					
連絡のとれる時間帯	午前 : ~ 午前 : ( 職場 ・ 自宅 ・ 携帯 ) 午後 : ~ 午後 :					

- \* 申込方法:介護職員初任者研修受講申込書に本人確認書を添えてお申込みください。
- \* 提出先:社会福祉法人 一関市社会福祉協議会  
(郵送先) 〒021-0877 一関市城内1番36号  
研修担当 吉田 宛
- \* 証明写真(縦4cm×横3cm)を添付して下さい。
- \* 本人確認書の写しも添えてください。  
(住民票・運転免許証・健康保険証、年金手帳のいずれかより選択してください。)
- \* 締め切り:令和2年8月7日(金)正午まで (郵送の場合は、8月10日必着のこと)
- \* 電話番号:0191-23-6020 F A X:0191-23-6024