

介護職員初任者研修受講申込書

横 3 cm・縦 4 cm
直近 3 カ月以内
の写真 1 枚

令和 4年 月 日

令和 4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		昭和・平成			性 別	男 ・ 女
	月日	年	月	日	(才)		
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は、現在、実施していません。ご了承願います。						
連絡のとれる時間帯	午前 : 午前 : 午後 : 午後 : (職場 ・ 自宅 ・ 携帯)						

- * 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 介護事業課
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下さい。)
- * 締め切り:令和4年6月30日(木)正午まで (郵送の場合は、7月1日(金)必着のこと)
- * 電話番号:0191-23-6020 F A X:0191-23-6024