

社会福祉法人 生きがい十和田 御中

介護職員初任者研修受講 申込書

申込日 令和 年 月 日

フリガナ			性別	写真貼付 縦 4cm 横 3cm 裏面に 氏名記入
氏 名	⑩		男・女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 () 歳			
自宅住所	〒 —			
電話番号	自宅または携帯（日中連絡が取れる番号）			
勤務先住所				
勤務先			電話番号	
保護者記入欄 (未成年の場合)	介護職員初任者研修受講に同意します。 氏 名 ⑩ 続柄：			
通学方法	自家用車 自転車 バイク 公共交通機関 徒歩			
本人確認	①住民票 ②住民基本台帳カード ③在留カード ④健康保険証 ⑤運転免許証 ⑥パスポート ⑦国家資格等の免許証または登録証の原本 ※いずれかひとつを持参			

《受講申し込みにあたって》

- ①提出期限を厳守願います。
- ②受け取り後、受講決定の可否をご連絡します。
- ③受講決定の連絡後、期日までに受講料の納入をお願いします。
- ④期日までに受講料の納入がない場合には、受講資格を取り消しとします。
- ④研修のテキストは受講日初日に配布します。
- ⑤受講人数が少ない等、都合により開講を見合わせる場合があります。

《法人記入欄》

受付職員印	本人確認	説明事項	受講料
	☐ チェック	☐ 研修日程表 ☐ 昼食持参	済・未

【問い合わせ先】

社会福祉法人 生きがい十和田
TEL 0176 - 25 - 5678