

(事業所従事者方)

日

理事長 土屋 宏 殿

下記のとおり、介護職員初任者研修の受講を希望するので、申し込みを行います。

氏名	フリガナ		
住所	〒		
生年月日	昭和平成年 月 日生 (満歳)	性別	1. 女 2. 男 3. その他 4. 回答しない
電話番号	携帯 自宅 ()	緊急連絡先	() 本人との関係 ()
FAX	()	Eメールアドレス	@
勤務先及び 勤務状況	名称・常勤・自営 所在地 ・パート・その他 _____ 管理者名		
事業所の育成計画 (管理者記入)			
研修をどこで 知りましたか？	1. 市報 2. 友人・知人の紹介 3. 福祉Laboどんぐり山ホームページ 4. チラシ 5. その他 ()		
本人確認 (事務局記入欄)	保険証 運転免許証 その他 ()		

※事業所に従事している方は、必ず代表者氏名を記入してください。

※別紙「受講希望理由レポート」も必ず一緒に提出してください。