

令和6年度 介護職員初任者研修

受講申込書

ふりがな		年 齢	
受講者氏名		歳	
生年月日		S・H 年 月 日	性別 男 ・ 女
自宅住所		〒 -	
電話番号		自宅 () - 携帯 - -	
E-mail アドレス			
勤務先がある場合のみ	事業所種別・勤務先名称	〒 -	
	勤務先所在地 及び 電話番号	電話 () - FAX () - E-mail	
	書類送付先	自宅 ・ 勤務先	

※ 以下は科目免除を希望される方のみご記入ください

在宅介護サービスに係る研修事業修了者（受講後8か月以内）

修了の有無		(いずれかに○をお付けください) あり ・ なし
免除科目	受講科目	
	受講先事業者	

※ 修了証写しを添付してください。
ご不明な点はお問い合わせください。

問合せ事項	
-------	--

※ 本会が知り得た個人情報は、本研修事業に関連することのみに使用いたします。