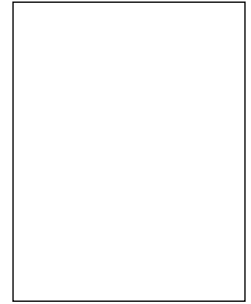


平成29年度一関市社会福祉協議会

介護職員初任者研修受講申込書

平成 年 月 日

平成29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 月日	年 月 日 (才)	性 別	男 ・ 女
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 大東支部
(郵送先) 〒029-0521 一関市大東町渋民字大洞地 55 番地 8
研修担当 中野宛
- * 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:平成29年9月22日(金)正午まで (郵送の場合は、9月22日必着のこと)
- * 電話番号:0191-71-1177 F A X:0191-71-1181