社会福祉法人十日町福祉会

平成２９年度　**介護職員初任者研修（通学制）**

受講申込書

ふりがな		
氏　　名		
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）	
住　　所	（〒　　－　　）	
連　絡　先	自　宅	（　　）　　－
	携　帯	－　　－
研修修了証明書	・な　し	
	・あ　り （証明書名）	
本人確認	※ いずれかのコピーを添付して下さい。 □　運転免許証 □（運転免許証のない場合）健康保険被保険者証	
備　　考		

※　郵送は５月１０日必着

☆　82 円切手を貼付した返信用封筒（長３型）を一緒に提出して下さい
（郵便番号・住所・氏名を記入しておいて下さい）

（お問合せ）　〒948-0144　十日町市水口沢 99 番地
社会福祉法人十日町福祉会　総務部企画課（担当：保坂・宮内）
☎　025-761-7340