

社会福祉法人十日町福祉会
平成30年度 介護職員初任者研修（通学制）
受講申込書

提出日 平成 年 月 日

ふりがな		性別
氏名	印	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日	(歳)
現住所	(〒 —)	
電話番号	自宅	() —
	携帯	— —
※緊急時連絡先	(氏名)	(電話)
本人確認 (コピー添付して下さい)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> (運転免許証のない場合) 健康保険被保険者証	
科目免除 ※ 修了証のコピー 添付して下さい	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 訪問介護員養成研修3級課程修了証 <input type="checkbox"/> 居宅介護従業者養成研修3級課程修了証	
志望動機		
受講条件の確認	<input type="checkbox"/> すべてのカリキュラムを欠席なく受講でき、通学可能なこと	
返信用封筒の提出	<input type="checkbox"/> 封筒 <input type="checkbox"/> 82円切手貼付 <input type="checkbox"/> 〒・住所・氏名の記入	

※ 郵送は4月30日必着

(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 法人事務局企画課 (担当: 保坂・宮内)

☎ 025-761-7340