

介護職員初任者研修受講申込書

医療法人 エイ・エス・アル

〒901-2132 沖縄県浦添市伊祖4-1-11

TEL : 098-870-8020

FAX : 098-988-9192

受付番号

責任者 上原 ひろみ 殿

私は、介護職員初任者研修の受講を申し込みます。

____年 ____月 ____日

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日 (歳)
住所	〒 TEL: FAX: E-mail		
職業			
受講理由	<input type="checkbox"/> 福祉の仕事がしたい <input type="checkbox"/> 資格を取っておきたい <input type="checkbox"/> 将来家族を介護する時に役立てたい <input type="checkbox"/> その他 ()		
福祉・医療に関する職歴	(例) 福祉施設〇〇 平成〇〇年〇月〇日～平成〇〇年〇月〇日		
本人確認書類	※本人確認をさせていただきますので、どれか一つを申し込み時にお持ちください 運転免許証 健康保険証 等		
備考	※上記以外で研修事業所に伝えたいことがございましたらご記入ください		

※今回提供頂きますデータは個人情報です。この事業以外には使用いたしません。

※修了証に「氏名」「生年月日」が記載されますので、正確に記入してください。

※事務局記入 → 申込受付日 ____年 ____月 ____日

参加費受付日 ____年 ____月 ____日