

## 介護職員初任者研修 受講申込書 (平成 30 年 8 月コース)

申込日	平成 30 年 月 日	写真貼付 縦4cm 横3cm 裏面に氏名記入		
フリガナ				性別
氏名	印			男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)			
住所	(〒 - )  TEL - - 携帯 - -			
勤務先 (学校)	名称:			
	(〒 - )  TEL - -			
受講希望理由				
本人確認	住民票 ・ 健康保険証 ・ 運転免許証 ・ パスポート 在留カード (在日外国人の方) ・ その他 ( )			
実務経験	有 ・ 無 ( 年間) 経験場所: 施設介護 ・ 在宅介護 ・ 家族の介護 その他 ( )			
当事業所で テキスト購入	する ・ しない			

この講座をどのようにしてお知りになりましたか? 広報 ・ 求人広告 ・ ホームページ ・ 法人職員 ( ) からの紹介 知人、家族からの紹介 ・ その他 ( )
--

社会福祉法人 太樹会 理事長 植島 宏信 様  
 上記のとおり申し込みます。

当法人で開催する介護職員初任者研修に際して提出いただいた個人情報については、当法人の個人情報管理規程に従い厳重に管理し、本研修以外には使用いたしません。

### 事務処理欄

受付No	区分	受付日	受付者	入金確認
	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> 学生	平成 年 月 日		現金
				引落