

平成29年度 社会福祉法人ウエルNC 介護職員初任者研修 申込書

申込日	平成29年 月 日		
ふりがな 氏名		性別	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)		
現住所	〒  電話番号： _____ ※日中連絡が取れる番号を記入してください		
連絡先	(現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入) 〒		
資格取得の為 の目的等該当 に○印を付す	(介護職員として) 1. 介護の仕事に就きたいため      3. 地域に貢献するため 2. 自己研鑽のため                      4. その他 (                      )		
現在の勤務 状況について	1. 現在、仕事をしている                      3. 現在、仕事をしていない 2. 現在、介護の仕事をしている		
介護職員初任者研修の受講を別紙「平成28年度介護職員初任者研修実施要項」を熟知し、申込みます。 平成 年 月 日  受講申込者氏名 _____ 印  <div style="text-align: right;">                     社会福祉法人ウエルNC                      理事長 田中 礼祐                 </div>			

※この申込書に記入いただいた個人情報は、本研修以外の目的には使用しません。

<注意事項>

① この申込書は、受講申込み期間内に持参または、郵送にて提出してください。

申込み期間は、平成29年6月14日(水)～30日(金) 当日消印有効

② 提出の際は、必ず身分証明をできるものを必ず添付してください。

<問い合わせ先>

〒699-2211 大田市波根町 1290-1

郵送先 社会福祉法人ウエルNC 介護職員初任者研修事務局

電話 0854-85-8181 FAX 0854-85-7575