

令和元年度 介護職員初任者研修申込書

貴法人にて開催される介護職員初任者研修を受講したいので申込みします。

日 程	希望する日程の□に✓を入れて下さい。 □ 第 14 期 令和元年 9 月 15 日～12月 8 日		
ふりがな			
氏 名			
住 所	〒		
自宅電話		携帯電話	
生年月日		性別	男性 ・ 女性
申込みの 具体的理由	□知識・技術の習得 □就職 □家庭介護 □その他		
資格・免許等			
職 業	□介護職員 □会社員 □学生 □その他 □無職		
質問・要望等			

上記欄の内容は介護職員初任者研修の受付以外には使用いたしません。

☆受講申込みは FAX または郵送にて下記宛にお願いします。

〒850-0079

長崎市みなと坂1丁目5番1号

社会福祉法人 小榊アスカ福祉会 介護職員初任者研修担当 行

TEL 095-865-9561(白山・久保) FAX 095-865-9562