

令和6年度 介護職員初任者研修
受講申込書

令和6年度介護職員初任者研修実施要項を確認の上、下記の通り申し込みます。

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		年 齢	
氏名		歳	
生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別 男 ・ 女
住所	〒		
電話番号(自宅)	-	-	
電話番号(携帯)	-	-	
勤務先名称			
勤務先住所	〒		
勤務先電話番号	-	-	
特記事項	※資格取得後1年以内に、八幡浜市内の介護・障害関係の事業所等において働く意志がある方はチェックをお願いします。		<input type="checkbox"/> チェック
	※現在、八幡浜市内の介護・障害関係の事業所等において働いている方はチェックをお願いします。		<input type="checkbox"/> チェック
配慮の必要なことや質問等あればご記入ください			

※お電話にて受付をされた方は、申込書到着後直ちにご返送ください。

ホームページにてダウンロードされた方は6月28日(金)必着で郵送ください。

申込期間締切日以降に受講の可否を文書で通知いたします。

※本会が知り得た個人情報は、本研修事業に関連することのみに使用いたします。