

十津川村介護職員初任者研修申込書

下記の通り申し込みます。

| | |
|--------|--|
| 申込日 | 令和 年 月 日 |
| フリガナ | |
| 氏名 | 印 |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 |
| 保護者氏名 | ※未成年者は保護者の同意が必要です。署名捺印をお願いします。 印 続柄 () |
| フリガナ | |
| 住所 | 〒 |
| TEL | |
| 本人確認書類 | 住民票 運転免許証 健康保険証 パスポート マイナンバーカード その他 |
| 勤務先 | |
| 実務経験 | 無・有(介護施設 訪問介護 家族の介護 その他 ()) |
| 受講理由 | <input type="checkbox"/> 仕事に必要なため <input type="checkbox"/> 資格を取得したい <input type="checkbox"/> 介護の仕事がしたい <input type="checkbox"/> 家族の介護に役立てたい <input type="checkbox"/> その他 () |
| 備考 | |

※本人確認を行いますので、上記の本人確認で指定の（運転免許証、パスポート、健康保険証など）をご持参ください。

※ご記入いただいた個人情報は、当研修以外の目的には使用いたしません。

※研修費については、研修初日に振込用紙をお渡します。

(連絡先)

〒637-1333

奈良県吉野郡十津川村大字小原225-1

十津川村福祉事務所

担当 沼平 茂雄

TEL 0746-62-0901 FAX 0746-62-0580