

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、下記のとおり申し込みます。

		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	- -		
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、市内の介護関係の事業所等において働く意志があり、受講料(10,000円)の助成制度の申込を希望する方 <input type="checkbox"/> チェックマーク		
	* 現在、介護の仕事をしており、介護員養成研修受講促進事業助成を希望する方 <input type="checkbox"/> チェックマーク		
質問事項等あれば 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7月1日(月)必着でお願いします。

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。