

平成29年度
介護職員初任者研修申込書

受付年月日	
受付番号	

は記入しないでください。

下記のとおり介護職員初任者研修に申し込みます。

フリガナ			
氏名			
住所	〒		
連絡先 電話番号	自宅電話		
	携帯電話		
生年月日	昭和 平成	年 月 日生 (歳)	性別 男 ・ 女

注意事項

申込者が定員(20名)に達した場合は申込受付を終了します。
受講決定した申込者には、受講決定通知書を送付します。

受講申込時に運転免許証、健康保険証等により本人確認を行います。
(厚生労働省の通達による)

受講決定された方は受講料およびテキスト代を8月14日(月)までに振込または
高岡市社会福祉協議会までお支払いください。

身 上 書

平成 29年 月 日

フリガナ			
氏 名			
住 所	〒		
生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)	性別 男 ・ 女
連絡先 電話番号	自宅電話		
	携帯電話		
	緊急時の 連絡先	(続柄)	
受講動機			
所持資格			
通学時の移動方法 (いずれかに をつけてください) 自家用車 (普通車 ・ 軽四) ・ 自転車 ・ 徒歩 ・ 公共交通機関			

個人情報は介護職員初任者研修に関わる以外には使用いたしません。(高岡市社会福祉協議会)