申し込み日
令和６年　　月　　日

一般社団法人
福知山民間社会福祉施設連絡協議会　殿

介護職員初任者研修　受講申込書

下記により、介護職員初任者研修の受講を申し込みます。

フリガナ				福祉職場経験年数
氏　　名	㊞			有（　年　ヶ月）
生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日（満　　歳）			無
フリガナ				
住　　所	〒			
①電話番号		②携帯電話		
連絡の可能な時間帯と連絡番号	（　：　～　：　） 電話番号　（　　） 上記と同じ場合は　①　②と記入ください。			
現在のご職業 ※福祉関係の方	種　　別	高齢者関係　　障害者関係　　その他（　　）		
	事業所名			
	事業所住所			
	電話番号			
現在のご職業 ※福祉関係以外の方	会社員			
	学　生			
	パート			
	その他	（　　）		

申込み及び問い合わせ先

〒620-0836　福知山市字大内 3118 番地　中六人部会館２階
一般社団法人　福知山民間社会福祉施設連絡協議会
介護・福祉人材養成センター　　担当　楠戸
ＴＥＬ：０７７３－４５－３６２８　　ＦＡＸ：０７７３－４５－３６２９