申し込み日

平成　　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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 　　性　　別 |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日　（満　　　歳）昭和平成 |  |
| フリガナ |  |
| 住　所 | 〒 |
| ①電話番号 |  | ②携帯電話 |  |
| メールアドレス |  |
| 連絡のつきやすい時間と連絡先 | （　　：　　　　～　　　：　　　　）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 |  |
| 電話番号 |  |
| 現在のご職業※福祉関係以外の方は該当箇所に○を付けてください | 会社員 |  |
| 学生 |  |
| パート |  |
| その他 | 　　　　　　（　　　　　　　　　） |

ＦＡＸ送付先

　　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

　　ＦＡＸ番号　０７７３－２３－３３０５