

申し込み日  
令和4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 年 月 日 (満 歳) 平成	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