　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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  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**