

介護職員初任者研修課程申込書

ふりがな 氏名		生年月日	年	月	日
		年齢	歳	男・女	
住所	〒 TEL: FAX:				
職業(勤務先)・学校					
その他の資格	介護に関してのその他の資格があればご記入願います。				
申込みに あたって の一言					
本人確認 の方法	①戸籍謄本、戸籍抄本もしくは住民票の提出 ②住民基本台帳カードの提示 ③健康保険証の提示 ④運転免許証の提示 ⑤パスポートの提示 ⑥年金手帳の提示 ⑦国家資格等を有する者については、免許証または登録証の提示 (※該当する番号を○で囲む)				
教えてく ださい	この講座を何によってお知りになりましたか。(□に印を願います) <input type="checkbox"/> ①人から聞いた。 <input type="checkbox"/> ②広告(チラシ、広報等) <input type="checkbox"/> ③公共案内(市保健福祉課・シルバー人材センター等) <input type="checkbox"/> ④その他()				

上記により申し込みます。

年 月 日

申込者氏名 _____ 印