

令和7年度 社会福祉法人十日町福祉会介護員養成研修  
介護職員初任者研修課程（通学制）

受講申込書

申込日 令和 年 月 日

ふりがな		性別
氏名		男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日（ 歳）	
現住所	（〒 ー ）	
電話番号	自宅	（ ） ー
	携帯	ー ー
勤務先	（会社等事業所名）	
本人確認 （コピーを添付）	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> （運転免許証のない場合）健康保険被保険者証	
志望動機		
受講条件の確認	<input type="checkbox"/> すべてのカリキュラムを欠席なく受講でき、通学可能なこと	
返信用封筒の提出	<input type="checkbox"/> 封筒 <input type="checkbox"/> 110円切手貼付 <input type="checkbox"/> 〒・住所・氏名の記入 ※十日町福祉会職員は返信用封筒不要	

※ 各項目に確認☑をお願いします。 郵送は4月30日（水）必着です。

介護職員初任者研修に際して提出いただいた個人情報については、本研修以外には使用いたしません。

（お問合せ） 〒948-0144 十日町市水口沢 99 番地

社会福祉法人十日町福祉会 法人事務局企画課（担当：佐野）

☎ 025-761-7340