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** | （〒　　　－　　　　） | | |
| **電話番号** | 自　宅 | （　　　　）　　　－ | |
| 携　帯 | －　　　　－ | |
| **勤務先** | （会社等事業所名） | | |
| **本人確認**  （コピーを添付） | □　運転免許証  □（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** | □　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** | □　封筒　　□　110円切手貼付　　□　〒・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