

介護職員初任者研修受講申込書

社会福祉法人湖北真幸会
理事長 佐武晃幸 様

受付番号	
------	--

私は介護職員初任者研修の受講を申し込みます。

ふりがな		性 別	生 年 月 日
氏 名		男・女	年 月 日
住 所	〒		
連絡先	連絡番号		
	メール		
福祉に 関する 資格・免許		年 月 日	取得
		年 月 日	取得
		年 月 日	取得
受講理由	<input type="checkbox"/> 福祉の仕事がしたい <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 資格を取っておきたい () <input type="checkbox"/> 将来家族を介護する時に役立てたい		
福祉・医療 に関する 職歴	施設名	勤務期間	

- ・ 今回提出いただきますデータは個人情報ですので、研修事業以外には使用いたしません。
- ・ お申込みは郵送又は直接当施設へ提出してください。
- ・ お申し込み用紙を郵送いただいた場合、応募書類が施設に到着した時点での申し込み順となりますので、ご送付いただいても既に定員に達していた場合、申込みをお断りさせていただきますので、あらかじめご了承ください。
- ・ 申込受付期間は、令和7年2月3日（月）8時30分から令和7年2月28日（金）の17時00分までです。下記にご提出ください。なお先着19名で締め切ります。
- ・ 提出先： 長浜市湖北町延勝寺 297-1

社会福祉法人湖北真幸会 特別養護老人ホーム「湖北朝日の里」 事務所

TEL : (0749) 79-8111 FAX : (0749) 79-0001 担当 高宮