

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	☐ 福祉の仕事がしたい ☐ その他 ☐ 資格を取っておきたい () ☐ 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9月1日（月）8時30分から令和7年9月26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 服部