

宛先：いちき串木野市長寿介護課介護保険係 行き

FAX：0996-33-3300

メール：kaigo2@city.ichikikushikino.lg.jp

※ 必要事項をご記入の上、いちき串木野市長寿介護課介護保険係（串木野庁舎1階）へ申込書を
6月12日（金）までに提出してください。（FAXまたはメールでの提出可）

介護職員初任者研修受講申込書

申込日：令和 年 月 日

下記のとおり、申し込みます。

| | | | |
|-----------------------------|--|-----|-----|
| フリガナ | | 年 齢 | 満 歳 |
| 氏 名 | | | |
| 生年月日 | 西暦〔 〕年 昭和・平成 年 月 日 | 職業等 | |
| 住所（書類等送付先） | 〒 ー | | |
| 電話番号／携帯番号 | ご自宅 電話番号 | ー | ー |
| | 携帯番号 | ー | ー |
| メールアドレス | @ | | |
| 資格・終了研修等 ご記入ください | <input type="checkbox"/> 訪問介護員研修（ヘルパー）3級修了者 <input type="checkbox"/> 生活援助従事者研修修了 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス事業所で1年以上介護職として働いたことがある <input type="checkbox"/> 介護に関する入門的研修修了者（全講座修了者） <input type="checkbox"/> 介護関係以外の資格 ※具体的にご記入ください。 〔 〕 | | |
| 勤務先名 （現在、勤務されている方 のみ） | 法人名： 施設・事業所・病院等名： | | |