

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11日（水）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	☐ 訪問介護員研修（ヘルパー）3級修了者 ☐ 生活援助従事者研修修了 ☐ 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 ☐ 介護に関する入門的研修修了者（全講座修了者） ☐ 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：		