

令和4年度 介護職員初任者研修 申込書

申込日：令和 年 月 日

ふりがな					
氏名		年齢	歳	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
現住所	〒 -				
連絡先電話番号	() -	性別	男・女		
FAX 番号 ※受付通知送付先	() -				
介護経験について○をつけてください					
・介護経験は無い	・家族の介護経験は有る	・現在介護施設等で勤務		現在介護施設等で勤務されている場合は、下記に法人名等をご記入ください。	
法人名					
施設・事業所等名					
所在地	〒 -				

個人情報は、本校運営以外の目的に使用することはありません。また、法令に従って責任をもって管理いたします。

FAX の場合	★FAXの場合は必ずお電話にて 受信のご確認をお願いいたします。	郵送 の場合	<封筒の書き方> 〒586-8511 大阪府河内長野市小山田町1685 大阪千代田短期大学 地域教育・福祉総合センター 介護職員初任者研修申込書 在中
	FAX 0721-52-4747 電話 0721-52-4141		

本用紙に必要事項を記載の上 FAX または郵送してください。

後日、受講の可否通知と共に必要書類を送付させていただきます。

受付	令和 年 月 日	受付者	受理番号
----	----------	-----	------