

※事務局記入欄

受付日	平成 年 月 日
受付番号	

介護職員初任者研修課程 受講申込書

(平成30年度 第1回 土日祝日コース)

フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日
氏名			平成 (歳)
※受講者氏名と生年月日は修了証書にも記載しますので、 <u>楷書</u> で正確にご記入ください			
フリガナ			
住所	〒		
電話番号	自宅:	携帯:	
志望動機			
勤務先 又は 学校名	勤務先名(学校名)		
	職種(学部)		
誓約書			
受講申込書の記載事項は事実と相違ありません。 介護職員初任者研修課程受講にあたっては、誠意をもって勉学に励み、受講期間に知り得た秘密に関する事項内容すべてについて、受講期間及び修了後も同様に決して他に漏らさないことを誓います。また研修及び実習は、研修機関の指示に従うことを誓います。			
平成 年 月 日 氏名			印
※受講者が20歳未満の場合、保護者署名が必要です。			
保護者署名			印

※申込書記載事項につきましては、個人情報保護法に則り適正な管理を行い、本研修実施に関する業務以外に使用することは致しません。

【FAX送信先：072-334-2362】