

介護職員養成講座
(介護職員初任者研修課程) 申込書

受付日	令和6年 月 日	No.
本人確認	月 日	免許証・保険証・パスポート マイナンバーカード その他 ()

社会福祉法人 観音寺市社会福祉協議会 会長 様

申込日：令和6年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	昭和・平成
氏名 (自署)				年 月 日 (歳)
ふりがな				自宅 ()
住所	〒	電話番号	FAX	()
			携帯	
職業		勤務先		
資格	福祉 保健	1. ヘルパー3級 2. 社会福祉士 3. 社会福祉主事 4. 精神保健福祉士 5. 介護支援専門員 6. 理学療法士 7. 作業療法士 8. 言語聴覚士 9. 正・准看護師 10. (管理) 栄養士 11. 調理師 12. 教員 13. 保育士 14. 幼稚園教諭 15. その他 ()		
	一般	1. 普通自動車 2. 大型自動車 3. 自動二輪 4. 原付 5. その他 ()		
福祉施設・病院等での勤務経験 (有 ・ 無)				
受講を希望する理由をお書き下さい。 (※応募者多数の場合、以下の文章が選考基準となります。)				
この講座は何で知りましたか？ 具体的にご記入下さい。				

【申込み・問合せ先】

〒768-0067 観音寺市坂本町一丁目1番6号

社会福祉法人 観音寺市社会福祉協議会

TEL 0875-25-7773 (代表)

25-7752