

涌谷町社会福祉協議会 介護職員初任者研修講座（令和 7 年度）

受講申込書

(ふりがな) 受講申込者氏名		性 別	男 ・ 女	
	印	生年月日	年	月 日生
保護者氏名 (未成年の場合)	印	申込者との関係		
住 所	〒 ー			
(電話番号)	電話 ()			
連 絡 先	〒 ー			
(電話番号)	電話 () 携帯 ()			
職 業				
主な職歴 (学生は、学校名・ 学科・学年を記入)			年 月～ 年 月	
			年 月～ 年 月	
			年 月～ 年 月	
受講志望動機				

私は、涌谷町社会福祉協議会 介護職員初任者研修講座に上記のとおり申込みいたします。

令和 年 月 日

涌谷町社会福祉協議会会長殿

※以下は記入しないでください。

受理印	受付番号		受講通知	決定 ・ 否決
	その他		受 講 料	円
			受領月日	

この受講申込みに関する個人情報は、ご本人様の許可なく、本講座の目的以外に使用することはありません。