

令和5年度菊池市社会福祉協議会介護職員初任者研修

受付番号 _____

介護職員初任者研修受講申込書

社会福祉法人菊池市社会福祉協議会
会長 池田 一男 様

令和5年 月 日

| | | | | | |
|----------------------|------------------------|----------------|-----------|------|-------------------------|
| フリガナ 氏名 | | ☐ | 性別 男・女 | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 () 歳 |
| | | | | | |
| 住所 | 〒 - 電話 () (携帯) - - | | | | |
| 介護保険 施設等の 勤務経験 | 1 現在勤務中 | ①職種 () | | | |
| | | ②勤務歴 (年 ヶ月) | | | |
| | 2 過去に経験あり | ①職種 () | | | |
| | | ②勤務歴 (年 ヶ月) | | | |
| | | ③やめてから (年 ヶ月) | | | |
| | 3 なし | | | | |

※証明写真(4cm×3cm程度のもの)と本人確認書類(免許書、健康保険証等)の写しおよび受講料を開講日までにご準備下さい。