

令和6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 木村 利昭 様

令和6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。