

済生会山口地域ケアセンター介護職員初任者研修

受講申込書

申込日 平成 年 月 日

写真貼付欄
(3.5cm×4cm)

3か月以内に撮影したものの
カラー・モノクロ可
裏に記名して貼付

フリガナ		性別	生年月日	
氏名	印	男・女	昭和 平成	年 月 日
	住民票等に届けのある字体をご記入下さい。			
住所	〒 -		電話	() -
			携帯	() -
勤め先 (現在就業の方のみ記入)			電話	() -
(所在地)				
(事業所名)			F A X	() -
本人確認	次のいずれかのコピーをご持参ください。 ア) 戸籍謄本、戸籍抄本もしくは住民票 イ) 住民基本台帳カード ウ) 在留カード等 エ) 健康保険証 オ) 運転免許証 カ) パスポート キ) 年金手帳 ク) 国家資格の免許証または登録証			
通学手段	次のいずれかに○、自家用車をご希望の方は、車種等をお知らせください。 ・ 徒歩 ・ 公共交通機関 ・ 自転車 ・ 自動二輪 ・ 自家用車 (片道2km未満の方はご遠慮ください。)			
	(車種)	普通 ・ 軽	(車名)	(記入例: ビッツ、フィットなど)
	(登録ナンバー) ※駐車許可証発行のため必ず記入			(記入例: 山口583 あ 12-34)
★実務経験の有無について (有・無) (年間) 経験場所 (・施設介護 ・在宅介護 ・家族の介護)				
★受講動機				
備考 ★の欄は記入可能な場合で構いません。 * 受講申込書は受講料と合わせて総合企画課までお願いします。 * 受講決定は先着20名です。定員になり次第締め切らせていただきますので、お早めにお申し込みください。 * 写真(3か月以内に撮影したもの、サイズ3.5cm×4cm) この申込書の貼り付け欄に裏に氏名を記入して貼り付けて提出して下さい。(カラー・モノクロ可) ◎ 受講を申し込みされる方へ 本申込書で得られた個人情報については、当研修の目的以外には利用いたしません。 また、受講者の承認なしに他の目的で利用することはいたしません。 個人情報の管理については、済生会山口地域ケアセンター総合企画課で安全に管理されております。				
申込締切日 平28年8月4日(木) 16:30までにご提出ください。 申込先 山口市朝倉町4-55 済生会山口地域ケアセンター 総合企画課 TEL 083-924-6689				