

# 介護福祉士実務者研修 受講申込書

吉崎市社会福祉協議会 様

氏 名	フリガナ  Ⓜ	性 別	男・女
		年齢及び 生年月日	歳
		S・H	年 月 日生
住 所	吉崎市	町	浦・触 番地
所属(いずれかを ○で囲んで下さい)	社協職員・学生 ・一般	1. 2級ヘルパー 2. 初任者研修 3. 無資格	介護経験年数
電 話 番 号	自宅:		
	携帯:		
F A X 番 号			

申込の動機 (※箇条書きで簡潔 にお書きください)	

資格取得後の意向	資格取得後、社会福祉協議会パート業務の希望の有無 (有・無)
----------	-----------------------------------

令和5年5月22日(月)迄。(定員になり次第申し込みを締め切らせていただきます。お早めに申し込み下さい。)

※申し込みの際に提出いただくもの

健康保険証、学生証、運転免許証など、身元が確認できる証明書の写しを  
申込書と一緒にご提出ください。

※有資格者(2級ヘルパー、初任者研修)は写しをご提出ください。

※尚、受講決定については、後日文書を受講者宛通知いたします。

※教育訓練給付制度には該当しません。

〔申込送付先・問い合わせ先〕

社会福祉法人 吉崎市社会福祉協議会

本所事務局 (担当豊島・瀬川)

電話 45-0048

FAX 45-0068