

しゃかいふくしほうじん てんりゅうこうせいかい

社会福祉法人 天 竜 厚生会

かいごしょくいんしよにんしゃけんしゅう つうしんがた

介護職員初任者研修(通信型)

じゅこうもう こ しょ

受講申し込み書

ふりがな				受付印・No					
しめい 氏名									
せいねんがっぴ 生年月日	ねん 年	がつ 月	にち 日	まん (満)	さい 歳)	せいべつ 性別	おとこ 男	おんな 女	
じゅうしょ 住所	〒 ー (番地・マンション名等も正確にご記入ください)								
	と 都	どう 道							
	ふ 府	けん 県							
でんわばんごう 電話番号				けいたいばんごう 携帯番号					
しょくぎょう 職業	① 主婦		かいごじゅうじしゃ じつむけいけん ② 介護従事者(実務経験		ねん 年)	③ 学生			
	④ 会社員		⑤ 自営業		⑥ 無職		⑦ その他()		
きんむさき 勤務先				でんわばんごう 電話番号					
きんむさきじゅうしょ 勤務先住所									
しはらいほうほう 支払方法	げんきんいっかつぱら ① 現金一括払い		ふりこみいっかつぱら ② 振込一括払い		げんきん かいぱら ③ 現金4回払い		ふりこみ かいぱら ④ 振込4回払い		
じょうほうしゅうしゅう 情報収集	けんしゅう じょうほう ※ 研修の情報はどのようにお知りになりましたか？								
	① 法人のホームページ		ちじん しょうかい ② 知人の紹介		③ 施設からのお知らせ				
	④ チラシを見た→どこで見ましたか?() ⑤ その他()								

(注)

ふとせんわくない きにゅう
・太線枠内をご記入いただき、本人が確認できる

こうてき しょうい うんてん めんきしょう など こび
公的な書類(運転免許証等のコピー)を添えてご提出ください。

こじんじょうほう けんしゅういがい しょう
・個人情報はこの研修以外には使用しません

もう こ さき と あ さき
ー 申し込み先・問い合わせ先ー

しゃかいふくしほうじんてんりゅうこうせいかい ふくし か
社会福祉法人天 竜 厚生会 福祉サービス課

たんとう もりかわ
担当：森川

〒434-0015 浜松市浜北区於呂4201-6

TEL 053-583-1123 FAX 053-583-2655