送信書は不要です。直接この用紙をFAXしてください。

平成 30 年度
介護職員初任者研修
申　込　書

申 込 日	平成 30 年　　月　　日		
ふりがな		性 別	年 齢
氏　名		男 ・ 女	歳
生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日		
住　所	〒　　－		
自宅電話番号	-　　-	申込内容についての問い合わせ等、連絡させていただく場合があります。携帯電話をお持ちでない方は、日中の連絡先をご記入ください。	
携帯電話番号	-　　-		
福祉職場実務経験	有 ・ 無　　実務経験年数（　　年　　月）		

○現在の状況についてお伺いします。　※該当する番号に○印をして下さい。

1 既に介護保険事業所等に就職している。（事業所名称：　　）
2 資格取得後の就職先が既に決定している。
3 資格取得後、すぐにでも介護保険事業所等へ就職したい。
4 資格取得後、いずれは介護保険事業所等へ就職したい。

※この申込書に記入された個人情報は本研修以外の目的に使用しません。

＜FAX番号＞
雲南市社会福祉協議会　　0854－45－2211
奥出雲町社会福祉協議会　0854－54－0801
飯南町社会福祉協議会　　0854－76－2086