



FAX 096-388-1217 (リハビリ・デイサービスセンター「しん」)

介護職員初任者研修 受講申込書

申込日：平成 25 年 月 日

平成 25 年度 介護職員初任者研修（第 1 期）の受講を希望致します。

<氏名（フリガナ）・性別>

_____（フリガナ）（ 男 女 ）

<生年月日・年齢>

昭和 平成 年 月 日生（ 歳）

<連絡先>

〒 _____

（自宅） _____ （携帯電話） _____

_____@_____

<通学時の交通手段>

自家用車 バイク バス その他（ _____ ）

<介護職の経験>

有（職種： _____ / 経験年数 _____ 年） 無

<その他（何かありましたら、ご自由にご記入下さい）>

※ご記入頂きました情報は、徹底遵守致します。

リハビリ・デイサービスセンター「しん」 FAX 096-388-1217