

令和6年度 介護職員初任者研修受講申込書

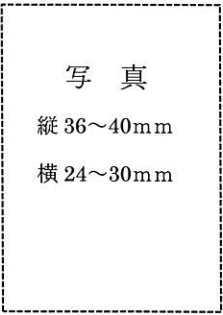
社会福祉法人博愛会

代表理事 大島 一 浩 様

標記の研修について、学則その他の内容を理解した上で受講を申し込みます。

令和6年 月 日

ふりがな		性別
氏名	印	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日(歳)	
住所	〒 ー	
電話番号		携帯番号
職業	<input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()	
勤務先/学校名		電話番号
受講動機(具体的に記入してください)		



事業所使用欄

本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他
------	---

会津みどりホーム初任者研修