

# 令和6年度 介護職員初任者研修課程 受講申込書

第2回研修期間 9月6日～10月31日

令和6年 月 日

ふりがな				生年月日 昭和・平成 年 月 日 ( ) 歳
氏名			職業	
住所	〒	-	※日中連絡可能な番号をご記入ください	
			電話番号	
			携帯電話番号	
			メールアドレス	
所属先の名称 及び所在地 (連絡が可能な 方にご記入く ださい)	電話 ( )	-	職場への 連絡	可 ・ 不可
受講希望理由 (具体的にご記 入ください)				
資格取得後の 就労希望先	1. 訪問介護事業所    2. 特別養護老人ホーム    3. 通所介護事業所 4. その他 ( ) 5. まだ決まっていない			
この研修を お知りになっ たきっかけ	1. 区のお知らせ    2. 研修センターホームページ 3. 図書館・まちづくりセンター    4. 事業団広報紙 (パートナー) 5. 知人の紹介 6. その他 ( )			
特記事項				

世田谷区福祉人材育成・研修センター 事務局 あて

**\*先着順。定員を超えた日の同日受付分は抽選となります。**

この申込書は受講の可否にかかわらず、返却はいたしません。受講できなかった場合は、事務局で破棄させていただきます。

記載されている個人情報は、研修に関する目的以外に使用いたしません。