

令和6年度 介護職員初任者研修課程 受講申込書

第1回研修期間 5月10日～7月4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 方をご記入く 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、こちら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。