令和4年度菊池市社会福祉協議会介護職員初任者研修

受付番号

**介護職員初任者研修受講申込書**

社会福祉法人菊池市社会福祉協議会

　会　長　　池田　一男　　様

令和 4 年 　 月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ氏　名 |  |  | 性　別男・女 | 生年月日 | 昭和 ・ 平成年　　月　　日（　　　）歳 |
|  |
| 住　所 | 〒　　　　-　　　　　　　　　　　電話　　　　（　　　）（携帯）　　　　-　　　　　- |
| 介護保険施設等の勤務経験 | １　現在勤務中　　　　　①職種　　　（　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　②勤務歴　　（　　　　　　年　　　　　ヶ月）２　過去に経験あり　　　①職種　　　（　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　②勤務歴　　（　　　　　　年　　　　　ヶ月）　　　　　　　　　　　　③やめてから（　　　　　　年　　　　　ヶ月）３　なし |

　※証明写真（4ｃｍ×３cm程度のもの）と本人確認書類（免許書、健康保険証等）の写しおよび受講料を開講日までにご準備下さい。